



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사학위논문

중고령자의 의료이용에
영향을 미치는 요인에 관한 연구
- 소득과 자산비교를 중심으로 -

The study of factors affecting health care
utilization of middle aged and elderly :
a comparison between income and asset

2012년 8월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리전공
황 정 우

중고령자의 의료이용에
영향을 미치는 요인에 관한 연구
- 소득과 자산비교를 중심으로 -

The study of factors affecting health care
utilization of middle aged and elderly :
a comparison between income and asset

지도교수 권순만

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2012년 4월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리 전공
황 정 우

황정우의 석사 학위논문을 인준함
2012년 6월

위 원 장	<u>양 봉 민 (인)</u>
부 위 원 장	<u>김 창 엽 (인)</u>
위 원	<u>권 순 만 (인)</u>

국 문 초 록

중고령자의 의료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 -소득과 자산비교를 중심으로-

평균수명의 연장으로 노년기가 확대되었음에도 불구하고 은퇴로 인한 노동시간의 단축, 가족 책임주의의 완화로 인한 사적부양의 축소, 공적연금제도의 미성숙 및 공공부조제도의 제한성으로 인해 빈곤 노인층은 점차 늘어나고 있다. 또한 베이비붐 세대의 은퇴가 시작되면서 이들 세대 중 일부는 노후생활을 영위하기 위한 보유자산 부족으로 저소득 자산빈곤층으로 전락할 위기에 처해 있다. 이러한 중고령 취약계층의 경제적 부재는 의료수요를 충족시킬 자원의 감소를 초래하여 중고령자들의 의료서비스 이용에 영향을 줄 수 있다.

따라서 본 연구는 2009년 4차 복지 패널을 활용하여 45세 이상의 중고령자들을 대상으로 경제적 요인이 의료이용에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 하였다. 연구대상은 소득과 자산을 기준으로 ‘일반층, 저소득층, 자산빈곤층, 저소득 자산빈곤층’으로 구분하였으며, 의료이용의 결정단계를 보여주는 two part model을 이용하여 분석하였다. first part에서는 로지스틱 회귀 분석을 통해 외래이용 여부 및 입원 여부에 영향을 주는 요인에 대해 분석하였다. second part에서는 연속형 변수인 의료이용량을 측정하였다. OLS 회귀분석을 통해 로그 변환된 외래이용 횟수 및 입원기간에 영향을 주는 요인에 대해 분석하였다.

연구 결과를 종합하면 첫째, 빈곤층은 일반층에 비해 여성, 실업자, 비경제활동인구 비율이 높고, 학력수준이 낮았다. 주관적 건강상태가 좋지 않으며, 만성질환이 있는 비율이 높았다. 특히 저소득 자산빈곤층은 다른 대상에 비해 빈곤에 노출될 가능성이 많은 열악한 사회·경제적 상태에 있었다. 의료이용 분석결과 빈곤층은 일반층에 비해 의료이용의 빈도가 높은 것으로 나타났다. 이는 빈곤층의 건강상태가 상대적으로 나쁜 것으로 해석할

수 있다.

둘째, 중고령자의 외래이용에 대한 분석 결과 외래이용은 주관적 건강상태 또는 만성질환과 같은 의료욕구에 의해 의료이용이 이루어졌다. 입원 이용여부와 입원일수에 대한 분석 결과 저소득층과 저소득 자산빈곤층의 odds는 일반층에 비해 유의하게 감소하였다. 이는 중고령자의 경우 소득이 줄고 자산의 활용도가 높아지는 시점으로 소득과 자산이 부족할 경우 입원 의료이용이 제한되며, 의료이용에 대한 경제적 부담이 커질 수 있음을 의미한다.

셋째, 중고령자를 45~64세의 중령층과 65세 이상의 고령층으로 구분하여 분석한 결과 65세 이상 저소득층과 저소득 자산빈곤층은 입원경험이 일반층에 비해 유의하게 낮았고, 입원일수는 저소득층이 일반층에 비해 유의하게 감소하였다. 고령자의 경우 노후준비 부족과 은퇴로 인한 경제적 부담으로 인해 의료이용이 감소할 수 있으며, 주택과 같이 실물자산의 보유한 저소득층은 자산의 활용도가 낮아 의료비 지출 및 서비스 이용이 제한될 수 있다.

연구 결과를 토대로 소득이 불안정한 중고령자들은 자산의 충분성에 영향을 받으며, 빈곤의 문제를 분석하고 해결하기 위해서는 개인 또는 가구의 재정적 안정도를 보다 잘 설명해줄 수 있는 자산을 함께 고려해야 함을 알 수 있다. 또한 의료이용에 있어서 의료자원 배분 불평등에 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 저소득층을 기반으로 소득위주의 사회보장제도 확대와 함께 가구소득 이외의 자산의 보유수준 및 유동성을 고려하여 자산빈곤층을 지원하는 정책이 필요하다.

본 연구는 저소득 빈곤층과 더불어 자산빈곤층을 대상으로 한 의료정책을 위한 근거 자료로 활용할 수 있을 것이며, 빈곤층의 의료정책 수립시 소득과 자산을 동시에 고려되어야 함을 시사한다.

-
- 주요어 : 중고령자, 빈곤, 소득빈곤, 자산빈곤, 외래의료이용, 입원의료이용
 - 학번 : 2008-23357

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구배경 및 필요성	1
제 2 절 연구의 목적	4
제 2 장 이론적 배경 및 선행연구	6
제 1 절 소득의 정의와 빈곤	6
제 2 절 자산의 정의와 빈곤	10
제 3 절 빈곤에 대한 연구	14
제 4 절 중고령자의 빈곤에 영향을 주는 요인에 관한 연구	15
제 5 절 의료이용에 영향을 주는 요인에 관한 연구	16
제 3 장 연구방법	18
제 1 절 연구대상 및 자료 수집	18
제 2 절 변수의 정의 및 측정	19
제 3 절 연구의 모형	23
제 4 절 분석 방법	24
제 4 장 연구 결과	25
제 1 절 연구대상자의 일반적인 특성	25
제 2 절 의료이용 분석	31
제 3 절 중고령자의 의료이용에 영향을 주는 요인	32

제 5 장 고찰	43
제 1 절 연구결과에 대한 고찰	43
제 2 절 연구자료와 방법에 대한 고찰	46
제 6 장 결론	47
참고문헌	49
Abstract	53

표 차 례

표 1. 소득의 정의	7
표 2. 상대빈곤선의 측정	10
표 3. 자산의 정의	11
표 4. 자산빈곤의 정의	12
표 5. 자산빈곤선 측정	13
표 6. 종속변수의 측정	20
표 7. 독립변수와 통제변수의 측정	22
표 8. 연구대상자의 일반적 특성	27
표 9. 연구대상자별 소득 소유정도	30
표 10. 연구대상자별 자산 소유정도	30
표 11. 의료이용비교	31
표 12. 외래의료이용에 영향을 주는 요인	34
표 13. 입원의료이용에 영향을 주는 요인	36
표 14. 연령별 외래 의료이용에 영향을 주는 요인	39
표 15. 연령별 입원 의료이용에 영향을 주는 요인	42

그림 차례

그림 1. 연구 대상	19
그림 2. 연구 모형	23
그림 3. 분석 방법	24

제 1 장 서 론

제 1 절 연구배경 및 필요성

한국의 경제구조는 1997년 외환위기 이후 급격한 변화를 겪고 있다. 신자유주의 (neo-liberalism)의 영향으로 인해 경쟁을 통한 생산성의 증대와 효율성의 극대화가 강조되고, 기업의 민영화·기업합병(M&A)·개방화가 가속화되었다. 노동시장에서는 정리해고제, 파견근로제가 도입됨에 따라 생산직의 구조가 불안정해졌고, 전문직과 서비스직 및 단순노무직이 증가하면서 고용구조에도 큰 변화가 생겼다. 또한 구조조정으로 인한 대규모 실업 및 조기 퇴직은 심각한 사회문제로 대두되어 사회의 불안감을 가중시켰다. 고용의 불안정으로 인한 소득의 불균형은 분배의 불균형으로 이어져 안정적인 경제기반을 갖춘 중산층이 감소하고, 하위 소득계층의 증가함으로써 사회양극화와 빈곤이 심화되었다.

과거 빈곤개념은 물질적 자원이 부족하고 소득이 낮은 상태를 의미하였다. 여러 연구들이 사회 전반에 빈곤의 문제를 해결하기 위해서 최소한의 소득을 보장하고, 소득을 높이는 기회를 제공하는 방안을 모색하였고, 경제적 불평등이나 빈곤과 관련된 연구들이 주로 소득에 대한 분석을 중심으로 하였다(이상은 등, 2011). 그러나 1997년 외환위기 이후에 등장하는 빈곤의 개념은 다양한 영역에서 복합적인 의미를 지니고 있기 때문에 물질적 결핍의 단편적 현상으로 접근하던 기존의 연구 방식으로 오늘날의 새로운 형태의 빈곤을 이해하는 것에는 한계가 있다.

경제적 측면에서는 자산빈곤 개념이 생겨나게 되었는데 이는 자산 분배의 불균형 심화에 기인하는 것이다. 자산빈곤은 개인 또는 가정(household)이 일정한 기간 동안 기본적인 욕구(basic needs)를 충족시키는데 필요한 유형 자산자원(wealth-type of resources)이 충분하지 않은 상태¹⁾를 의미한

1) Haveman & Wolff ,2000 기본적 욕구는 4인가족이 최소한 생활할 수 있는 수준을 유지시켜 주기 위한 재원이며, 일정한 기간은 3개월, 유형자산자원은 총자산에서 총부채를 뺀 순자산(net worth)을 의미한다.

다. 한국의 2006년 가계 자산을 조사결과 상위 20% 와 하위 20%간의 자산 격차는 7배에 이르고(한겨레, 2007), 외환위기와 세계 금융위기 이 후 부동산과 금융자산 붕괴로 저소득-고연령층 중심으로 가계 부채가 급속도로 증가하였다(한국은행, 2012).

소득은 일시적 성격을 가진데 반해 자산은 영속적이며 소득의 단절이나 질병의 위기에서 안전망을 제공해 주고, 일시적으로 빈곤을 해소하거나 빈곤의 정도를 최소화할 수 있다. 그러나 자산분배의 양극화로 인한 소득빈곤과 자산빈곤에 동시에 직면할 경우에 빈곤을 해결하기가 쉽지 않기 때문에 자칫 빈곤이 고착화되거나 장기화될 수 있다(임병인, 2011). 이러한 관점을 바탕으로 하여 여러 선행 연구들은 외환위기 이후 불평등에 영향을 주는 요인들에 주목하였으며(구인회, 2000; 김영란, 2005), 최근에는 자산빈곤선, 자산불평등에 대한 연구가 많이 진행되고 있다(Haveman and Wolff, 2001; Rank and Hirshl, 2010; 김윤민, 2010; 임병인, 2011). 이렇듯 빈곤의 문제를 분석하고 해결하기 위해서는 소득 뿐 아니라 개인 또는 가구의 재정적 안정도를 보다 잘 설명해줄 수 있는 자산을 함께 고려해야 한다. 특히 중고령자들의 연령대에는 소득이 줄어들고, 자산의 활용가치가 높아지므로 자산은 단순한 부의 측면이 아니라 자립 또는 자활의 수단으로 기본적인 생활수준을 유지하고, 노후생활을 영위하는데 중요한 역할을 한다.

최근 우리나라는 평균수명의 연장으로 노년기가 확대되었음에도 불구하고 은퇴로 인해 노동시간의 단축되고, 이에 따라 사회계층별 소득의 편차가 심해지는 추세이다. 또한 가족구조의 변화, 가족 책임주의의 완화로 인한 사적부양의 축소와 공적연금제도의 미성숙, 공공부조제도의 제한성으로 인해 빈곤노인층이 점차 늘어나고 있다(배성우 등, 2008). 2010년 이후에는 베이비붐 세대²⁾의 은퇴가 시작되면서 이들 세대 중 일부는 노후생활을 영위하기 위한 보유자산 부족으로 저소득 자산빈곤층으로 전락할 위기에 처해있다.

2) 2010년부터 기업의 일반적 정년연령인 만 55세에 도달하는 약 550만 명의 1955년에서 1963년의 9년간 출생한 약 713.8만 명의 세대를 지칭하는 것으로 이들은 부모세대와 자녀에 대한 세대적 의무 때문에 경제적으로 노후준비를 하지 못하는 세대이다.

중고령자의 경제적 부재는 의료수요를 충족시킬 자원의 감소를 초래하여 중고령자가 필요한 의료 서비스를 이용하는 것에 영향을 줄 수 있다(김진구, 2008). 또한 건강 수준은 사회경제적 지위에 영향을 받으며, 소득계층에 따라 불평등한 결과가 나타나기 때문에(Le Grand, 1982; 이승미, 2002, 김진구, 2008에서 재인용) 보건서비스에 대한 접근과 의료비 지출, 의료자원 배분의 불평등에 노출될 가능성 큰 중고령자의 건강 상태에도 영향을 줄 수 있다.

실제 빈곤층은 의료서비스에 대한 지식, 질병에 대한 이해, 자신의 건강상태에 대한 자각, 시간적 여유 부족으로 인해 질병의 이환율이 높고, 만성질환으로 발전할 위험성이 비빈곤층에 비해 높은 것으로 나타났으며(이태화 등, 2005), 주거상태, 개인영양 및 위생상태가 열악하고, 의료서비스에 대한 접근성이 낮아 비빈곤층과의 건강불평등을 유발하였다(문창진, 1998; Kahn & Fazio, 2005; 김진현 등에서 재인용, 2011).

이처럼 의료이용 분석의 상당수는 소득수준이나 부(wealth)가 의료이용의 중요한 영향 요인라고 간주하고 있으며(심영, 1997; 김진구, 2008; 김태일 등, 2008), 기존의 연구들은 소득을 기준으로 일반층과 저소득층을 구분하거나 자산을 제외한 소득 변수를 중심으로 의료이용과의 관계를 분석하였다. 하지만 생애적 관점에서 사회경제적 상태는 삶의 전반에 걸쳐 영향을 미치는데 노년기의 소득과 자산 정도는 의료의 질과 이용에 영향을 줄 수 있다. 또한 중고령자의 사회경제지표를 나타내는 유동자산의 수준이 소득이나 교육보다 밀접한 관련성을 가지고 있으며, 연령이 증가할수록 상호연관성의 정도가 더욱 증가하고 있음에 주목하여(Grundy&Holt, 2001) 소득과 더불어 자산은 의료이용과의 관계를 연구하는 데 있어 고려할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 중고령자 의료이용에 영향을 주는 요인에 대해 소득과 자산의 비교를 중심으로 분석하고자 한다. 또한 연구대상을 중년층과 고령층을 구분하여 의료이용의 차이를 분석함으로써 중고령자 취약계층이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 기초 자료를 제공하고자 하며, 중고령자의 건강수준의 향상과 의료 형평성 확대에 기여하고자 한다.

제 2 절 연구의 목적

본 연구에서는 중고령자의 경제적 요인이 의료이용에 미치는 영향을 파악하기 위해 저소득층과 자산빈곤층을 대상으로 의료이용 실태를 비교 분석하고자 한다.

중고령자는 신체적 정신적 기능이 약화되고, 사회적 능력이 감소할 뿐만 아니라 질병이나 손상과 같은 건강 저해요인들이 빈번하게 발생하여 건강이 점차 쇠퇴하는 시기이다. 또한 전 생애의 이질성과 불평등이 수십년간 누적된 상태이며, 그 결과 계층간 불평등이 더욱 심화되기 때문에 다른 어느 집단보다 건강수준과 의료이용의 불평등이 크게 나타날 가능성이 높다. 중고령자의 의료이용에 영향을 주는 요인에 대한 기존 연구들은 소득을 중심으로 한 연구가 주를 이룬다. 그러나 최근에는 근로소득 불안정한 노년기의 소비활동의 유지와 경제적 만족은 소득보다는 자산의 충분성에 영향을 받으며, 노년기 불평등의 문제는 노인가구의 근로생애 동안 축적한 자산 또는 부채수준에 의해 크게 영향을 받는다고 지적한다(반정호, 2008).

따라서 본 연구는 2009년 복지패널 4차자료를 활용하여 소득과 자산비교를 중심으로 실증분석을 통해 중고령자들의 적절한 의료서비스 제공에 기여하고자 하며 구체적인 문제 의식은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 중고령자의 의료이용 실태에 대해 알아본다.

둘째, 중고령자의 의료이용에 소득과 자산이 영향을 주는지에 대해 알아본다.

셋째, 저소득층 및 자산빈곤층을 구분하여 의료이용에 영향을 주는 요인에 대해 알아본다.

넷째, 중년층과 고령층을 구분하여 의료이용에 영향을 주는 요인에 대해 알아본다.

본 연구를 통해, 중장년층의 최저생계를 보장할 수 있는 탈빈곤 정책과 더불어 건강을 향상시키기 위한 정책 방향 모색에 기초자료를 제공할 수 있기를 기대한다.

제 2 장 이론적 배경 및 선행연구

제 1 절 소득의 정의와 빈곤

1. 소득의 정의

소득은 개인이 자가의 부의 가치를 변화시키지 않고 소비할 수 있는 권리 또는 가구의 실질적인 자산의 증가를 가져오는 일체의 현금 및 현물 수입을 의미하는 것으로 정의할 수 있으며(통계청, 2002, 최선임, 2010에서 재인용), 시장소득, 경상소득 및 가처분소득으로 구분된다. 소득을 각 기관별에서는 구분하여 살펴보면 <표1>과 같다.

일반적으로 시장소득은 노동과 자본을 통해 시장에서 획득한 소득을 의미하며, 경상소득은 시장소득에 정부에서 지원하고 있는 각종 연금과 정부지원금을 합한 금액이다. 이는 비경상소득(경조금, 퇴직금 등 일시적으로 발생하는 소득)과 대비되는 소득을 의미한다. 가처분소득은 개인소득에서 개인이 지급하는 개인세(소득세를 비롯한 직접세)를 공제하고, 이전소득(사회보장금 등)을 더한 것을 의미한다.

표 1. 소득의 정의

통계청				OECD						LIS
소득	비경상 소득	경조소득 폐품매각 대금,기타								
	경상 소득	근로소득		Wage and SalaryIncome	1차 소득 (Prim aryInc ome)	시장 소득 (Mark etInco me)	총 소득 (Gr ossI nco me)	가 처 분 소득 (Di sp os al Inc om e)	가 처 분 소득 (Di sp os al Inc om e)	
		사업및 부업소득		Gross SelfEmployment Income						
		재산소득		Realized PropertyIncome						
		이 전 소득	사적	기업연금 (Occupationalp ensions)과사적 연금소득						
			공적							
	지출	비 소비 지출	공적연금		사회보장 부담금					
사회보험										
조세			소득세							
			재산세, 토지세, 자동차세, 면허세 등							
소비지 출		기타 비소비지출								

주) 박찬용 등, ‘소득분배와 빈곤동향 및 변화요인분석’, 국보건사회연구원, 2001

유경준, 김대일, ‘소득분배 국제비교와 빈곤연구’, 한국개발연구원, 2003

2. 빈곤의 개념

빈곤은 ‘기본적인 욕구가 충족되지 않은 상태’다. 이는 우리가 일상적으로 쓰는 용어지만 엄격하게 정의내리기 쉽지 않다. 육체적인 생존에서 발달된 사회일수록 ‘인간적 생존’이 강조된다. 일정수준의 심리적 욕구, 사회적 욕구, 문화적 욕구 등도 기본적인 욕구에 포함될 수 있기 때문이다. 또한 사회나 시대에 따라 그 의미가 다르다. 빈곤은 추상적인 개념이고 사회적인 합의를 이끌어 내기가 쉽지 않다.(김수현 외, 2009) 따라서 빈곤선을 정해서 이를 판단하는데 이를 측정하는 방법으로 절대적 빈곤, 상대적 빈곤, 주관적 빈곤 세 가지가 주된 접근방법으로 이용되고 있다.

첫째, 절대적 빈곤은 1899년 영국(York)지방에서 이루어진 라운트리 빈곤선과 최저생계비 계측이 선구로 받아들여지고 있다. Rowntree(1901)는 총수입이 육체적 효율성을 유지하는데 필요한 최소한의 생필품을 획득하기에도 불충분한 상태로 정의하였다. 빈곤측정을 위해 생존에 필요한 필수품의 가격을 합산하여 빈곤선을 구하는 방법을 제시하였고, Orshansky(1965)는 식품에 기초하는 방법을 사용하여 빈곤선을 도출하였다.

둘째, 상대적 빈곤은 그 사회의 평균소득 수준과 대비해 상대적으로 소득이 낮은 계층을 빈곤층으로 정의한다. Townsend(1979)는 박탈지표(Deprivation index score)를 고안하여 소득과 박탈의 관계를 통해 소득빈곤선을 구하는 방법을 제시하였고, 가구의 소득이 평균 소득의 50%이하일 때 극빈층, 80% 이하일때는 빈곤층으로 보았다. Victor Fucks(1967)는 중위 소득의 2분의 1이하를 빈곤으로 규정하였다.

셋째, 주관적 빈곤은 자신의 생활 상태에 사람들이 가지는 느낌을 빈곤의 의미로 규정하는 것이다. Rainwater(1974)는 소득수준에 추측을 사용하는 방법을 사용하였고, 라이덴 대학교는 소득 후생함수(Welfare fuction of income)을 이용하여 빈곤선을 도출하였다.

개념의 객관화의 측면에서 절대적 빈곤개념이 유리하지만, ‘절대적인 기준’ 역시 임의적인 기준에 의존할 수 밖에 없는 개념적 한계를 여전히 지

니고 있다. 상대적 빈곤 역시 어느 지점에서는 절대적 기준을 적용해야 한다는 점에서 개념적 한계를 피해나기가 어려운 문제를 지니고 있다(정원오, 2008). 주관적 빈곤은 사회구성원 느끼는 감정을 직접 포착한다는 점에서 개념적 장점을 가지고 있지만, 주관적인 빈곤감을 객관화하는 문제에서 해결해야 할 부분들이 남아있다. 오늘날 많은 연구자들이 이러한 개념적 문제의 엄밀성을 어떻게 극복해야 할지에 고민하기 보다는 개념적 한계와 장점들을 어떻게 잘 활용할 것인가의 문제로 관심을 집중시키고 있다. 이는 절대적, 상대적, 주관적 빈곤이 가지는 개별적 개념의 한계가 아니라 세 가지 빈곤의 본질적 의미를 담아낼 수 있도록 합리적이고 타당한 측정방법을 개발해 내는 것이라는 점에서 합의하고 있는 것으로 보인다. 특히 상대적 빈곤은 사회 내 전체 구성원과 비교하여 빈곤여부를 규정하는 것으로 전반적인 생활수준의 변화를 고려하거나 국민소득이 높은 국가에 적용하기에 적절하며(김교성 외, 2008), 사회적 양극화가 점점 확대되는 경우에는 불평등과 양극화를 반영하는 상대적 빈곤을 반영하는 것이 바람직하므로(김수현 외, 2009) 본 연구에서도 상대적 빈곤을 이용한 분석을 시도하였다.

3. 빈곤 측정 방법

빈곤율은 절대빈곤율과 상대빈곤율 두 개념이 주로 사용된다. 절대 빈곤율은 빈곤율, 빈곤가구율, 빈곤갭비율, 소득갭비율에 정부발표최저생계비, 동일비율최저생계비를 곱하는 방법으로 구한다. 상대적 빈곤율은 빈곤율, 빈곤가구율, 빈곤갭비율, 소득갭비율에 중위소득·지출 40%, 50%, 60%를 곱하여 사용한다.

빈곤율의 경우 빈곤선을 어떤 기준으로 설정하느냐에 따라 달라질 수 있다. <표 2>와 같이 상대빈곤선은 주요기관과 국가마다 유동적으로 사용하고 있다. 상대빈곤율은 절대빈곤의 정도가 낮은 국가들(선진국)에서 많이 사용되며, 소득불평등도가 커지면 상대빈곤율도 커지는 경향이 있다.

표 2. 상대빈곤선의 측정

주요기관/ 국가	국가 상대빈곤선 기준
OECD	중위소득의 40%, 50%, 60%
World Bank	개발도상국은 평균소득의 1/3, 선진국은 평균소득의 1/2
영 국	평균소득의 50%
프랑스	평균소득의 50%
일 본	평균소비지출의 68%

주) 빈곤통계연보, 2011

제 2 절 자산의 정의와 빈곤

1. 자산의 정의

자산은 소득의 누적이자 소득으로 전환될 수 있는 축적된 재화를 말한다. 경제활동의 결과라 볼 수 있는 다양한 유형의 소득으로 구입하여 축적해 놓은 것으로 주식, 채권 등과 같은 금융자산, 토지나 건물 같은 부동산 등을 의미한다. 하지만 소득이 명확하게 규정할 수 있는데 반해 자산은 관점 및 기준에 따라 구성요소를 다르게 규정지을 수 있다(김교성, 2008).

<표 3>에서는 자산을 총자산, 총부채, 순자산으로 구분하였다. 총재산에서 거주주택가격은 거주하고 있는 주택유형이 자가인 경우 주택의 가격을 의미하고, 전세인 경우는 전세 보증금을, 보증부월세인 경우 보증금을 의미한다. 금융자산은 은행권 저축과 보험권 저축, 그리고 기타 금융권 저축으로 구성된다. 기타 금융권 저축에는 비은행권 저축 및 신탁, 유가증권, 계불입금, 빌려준 돈을 포함한다. 기타 자산은 직접적인 사업목적으로 사용하

지 않은 자동차, 트럭, 선박, 농기계, 각종 회원권, 등으로 구성된다(석상훈, 2010).

자산은 소득을 더 이상 획득하지 못할 때 일정기간 또는 영구적으로 생활을 영위하는데 중요한 역할을 한다. 또한 소득빈곤을 일정기간 해소할 수 있다는 점에서 빈곤해소와 빈곤을 축소에 역할이 가능하다.

표 3. 자산의 정의

구분	구성변수	내용
총 자산	총 재산액	거주주택 가격 + 소유부동산 + 점유부동산 + 농기계 + 농축산물 + 기타재산 (영업용 자동차제외)
	재산소득	이자 및 배당금 + 임대료 + 기타재산소득
	비경상 소득	증여, 상속 + 경조금 + 보상금 + 사고보험금 + 퇴직금, 사회보험 + 일시금, 보장성 보험해약금+ 기타소득
	금융자산	예금(청약예금,정기예금) + 적금(정기적금, 연금형 적금, 종신보험, 청약부금, 청약저축) + 주식, 채권, 펀드(적립식, 거치식) + 타기 전 부은 계돈 + 기타(남에게 빌려준 돈, 아파트 중도 부은 것)
총 부채액		금융기관대출 + 일반사채 +카드빚+ 전세보증금(받은돈) + 외상 및 미리 탄 계돈 기타 부채액
순자산		총자산 - 총부채액

2. 자산 빈곤의 개념

Oliver and Shapiro(1990)는 자산빈곤을 가구가 소유한 금융자산(Financial asset)의 가치가 “0” 또는 음(negative)일 경우로 정의했고, 유동자산(liquid asset), 순자산(net asset)의 개념은 제외하였다.

Haveman & Wolff(2000)는 가구(household) 또는 개인이 일정한 기간(period of time) 동안 그들의 기본적인 욕구(basic needs)를 충족시키는데 충분하지 않은 유형자산자원(wealth-type of resources)을 가진 경우로 정의하였다. <표 4>를 살펴보면 기본적 욕구(basic needs)는 4인 가족이 최소한 생활할 수 있는 수준을 유지시켜주기 위한 재원이며, 일정한 기간(period of time)은 3개월³⁾, 유형자산자원(wealth-type of resources)은 총 자산에서 총부채를 제외한 순자산을 의미한다. 이후 많은 연구에서 Haveman & Wolff의 이론에 기초에 자산빈곤을 정의하고 있다.

표 4. 자산빈곤의 정의

구분	정의	측정
기본적 욕구	소득 또는 실물 자산과 같이 화폐단위의 가치로 평가할 수 있는 금융(재정) 자원	4인 가족이 최소한 생활할 수 있는 수준을 유지시켜 주기 위한 재원
일정한 기간	소득 상실 후 가구가 보유하고 있는 자산으로 생활을 유지할 수 있는 기간	3개월
유형자산 자원	잠재적 소비의 원천	총자산에서 총 부채를 뺀 순자산(net worth)

- 3) 한가구가 실업이나 질병 등으로 소득상실의 위험에 처하게 되었을 때 다시 소득활동에 종사하기까지 일반적으로 3개월이 소용되므로 이 기간 동안의 기본적 욕구지출을 감당할 수 있는 자산이 있어야 된다는 가정에서 설정되었다(이상은 등, 2011). 일정한 기간으로 3개월은 미국의 경제적 특성 및 실업상태에서 재취업까지의 일반적인 기간에 기인한 것으로 추정된다(강성민 등, 2009).

3. 자산빈곤 측정

자산빈곤선에 대한 명확한 정의는 연구자들마다 상이하다. 자산빈곤에 대한 국내 연구는 시작단계에 있으며, Haveman& Wolff(2001)의 자산빈곤 정의를 바탕으로 많은 연구들이 절대 자산빈곤선과 상대 자산빈곤선에 대한 측정방법을 제시하였다. <표 5>에서 알 수 있듯이 2000년 이후 일부 연구는 순자산을 바탕으로 유동자산을 포함하고 있으며, 중위자산의 범위는 순자산을 기준으로 30~70%로 다양하다. 임병인(2011)은 시산 작업을 통해 자산빈곤선 기준에 대해 연구하였다.

표 5. 자산빈곤선 측정

구분	측정 방법	
Haveman& Wolff(2001,2004)	순자산, 5000 달러 이하 (절대자산빈곤)	
Caner& Wolff(2004)		
노대명 최승아 (2004), 이태진 외 (2005)	순자산, OECD 가구 균등화지수 적용, 중위자산의 50%	
남상호 (2007)	순자산, OECD 가구균등화지수 적용, 중위자산의 30%, 50%, 70%	
강성민 (2007)	순자산, 각 년도의 가구원수마다 순 자산액 산출, 중위 순자산의 50%	
김윤민(2010)	순자산, 유동자산, 중위소득의 60% 또는 최저생계비 150% × 3개월과 비교	
임병인(2011)	절대빈곤선	기초생활보장제도, 근로장려세제, 5000달러 이하 가구원수별 최저생계비 × 6개월
	상대빈곤선	중위자산(순자산 기준)의 50%

제 3 절 빈곤에 대한 연구

빈곤에 대한 연구는 소득을 중심으로 이루어졌으나 외환위기 이후 노동시장의 계층 간 격차와 정규직과 비정규직의 이동이 차단된 분절적 구조가 심화되면서 사회적 관계의 단절과 문화·심리적 소외가 결합된 다차원적인 원인을 파악하는 방향으로 연구범위가 확대되고 있다. 최근 들어서는 자산 분배 불균형 심화로 인해 자산빈곤과 자산불평등에 대한 연구가 활발히 진행되고 있다.

자산빈곤과 관련된 연구를 살펴보면 Haveman and Wolff(2001)는 자산빈곤에 대한 연구에서 흑인, 히스패닉, 교육수준이 낮은 집단, 임대주택 거주자, 여성이 가구주이면서 아이가 있을 경우 자산 빈곤율이 높은 것으로 분석했고, Rank and Hirshl(2010)는 순자산, 금융자산, 유동자산을 나누어 저학력, 미혼자, 흑인, 임대 주택지에 사는 저소득층이 자산빈곤 진입확률 증가하고 있음을 보였다.

임병인(2011)은 자산빈곤선 시산작업을 통해 기초생활보장제도, 근로장려세제, 최저생계비, 중위자산을 이용해 자산 빈곤선을 도출하고자 하였다.

남상호(2007)는 자산 보유의 불평등 심화와 양극화 진행에 대해 분석하였고, 남상호, 권순현(2008)는 가구주의 속한 연령이 높을 수록 자산빈곤층 비율이 증가하며, 교육수준, 소득수준, 건강수준이 높거나 주택을 보유한 가구는 자산빈곤층에 포함될 확률이 낮음을 보였다.

반정호(2008)는 자산의 불평등을 5분위배율로 나누어 분석하였고, 65세 이상 노인가구에서 자산 불균형이 가장 두드러지게 나타났다.

강성민, 유태균(2009)은 자산빈곤가구는 소득빈곤가구에 비해 빈곤지속시간이 길고, 빈곤탈피율이 낮으며, 가구주의 교육수준, 소득수준이 높고, 정규직일수록 자산빈곤에서 조기에 탈출할 확률이 높다고 분석했다.

석상훈(2010)은 자산 빈곤율은 소득 빈곤율에 비해 2~3배 높고, 소득빈곤층일수록 자산빈곤에 빠질 위험이 높은 것으로 나타났다.

기존 빈곤 연구가 소득 중심이었다면 개인과 가구의 자산 비중이 커지고,

가구부채 증가로 인해 자산빈곤층이 확대되면서 빈곤연구에 있어 소득과 자산을 동시에 고려할 필요가 있다.

제 4 절 중고령자의 빈곤에 영향을 주는 요인에 관한 연구

중고령자의 빈곤은 2000대 이후부터 가족구조의 변화로 인한 독거노인의 증가, 전통적으로 노인을 부양하던 가족의 책임 감소, 국민연금의 미성숙과 노인빈곤에 대한 정책들이 실질적인 기능을 하지 못하면서 더욱 심화되었다. (구인회·손병돈, 2005; 홍백의, 2005).

홍백의(2005)는 노동력 변수를 활용한 연구에서 과거의 직업 및 종사상의 지위가 노인 빈곤에 영향을 미치고 있음을 증명하였다. 하지만 거주지역, 자산, 건강상태 등 노인 빈곤에 영향을 미칠 것으로 예상되는 중요 변수를 분석에서 제외하였다.

최옥금(2007)에서 노인 빈곤에 연령, 학력, 혼인 상태, 자산, 거주 지역 등 인구사회학적 요인과 가구특성, 과거의 직업력이 중요한 요인임이 밝혔다. 여성은 남성에 비해 혼인 상태와 연령이 중요한 변수이며, 배우자가 없는 경우 자산과 건강상태가 중요한 변수로 나타났다. 특히 배우자와의 사별은 여성 노인의 경제적 지위가 하락하는데 가장 많은 영향을 주었다.

배성우(2008)등은 중고령자의 빈곤탈피에 영향을 주는 요인에 대해 살펴 보았다. 노인들의 빈곤 지속가구의 경우 여성이거나 배우자가 없으며, 평균 연령이 높고, 가구원수가 적었다. 빈곤탈피가구의 경우 근로소득, 금융소득, 부동산소득, 사회보험소득, 사적이전소득, 교육수준이 빈곤지속가구에 비해 높은 것으로 나타났다.

석상훈(2009)은 가구주가 여성이거나, 고용형태가 불안정할수록 노후소득이 낮을수록 빈곤에 빠질 가능성이 크며, 교육수준과 과거 노동시장에서의 경험이 중요하므로 직업훈련, 재취업훈련의 필요성에 대해 언급하였다.

최현수 등(2003)은 노인의 경제활동여부, 노인의 가구유형, 여성노인 단독

가구가 빈곤의 중요한 요인이며, 신현구 등(2010)은 불안정한 노동시장 지위로 근로생애를 보낸다면 빈곤 가능성이 높은 것으로 나타났다. 근로시간이 긴 사람일수록 빈곤 가능성이 낮았지만, 직업에서의 근속년수는 유의미하지 않은 것으로 나타났고, 가구 내 취업자 수, 연령이 빈곤에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

제 5 절 의료이용에 영향을 주는 요인에 관한 연구

최근 많은 연구들이 고령화에 주목하여 노인 건강과 의료이용 문제에 대해 논의하고 있다. 중고령자의 의료이용에 영향을 주는 요인으로 임미영, 유호신(2001)은 노인의 의료이용에 성, 연령, 혼인상태, 교육수준, 직업, 의료보장, 만성질환, 이환일수 등이 영향을 주고 있음을 파악했고, 이병란(2007)은 소득, 요양기관 종류, 질병군이 주로 영향을 미치고 있음을 밝혔다. 김진구(2008)는 미충족의료와 의료보장제도를 중심으로 분석하여 의료급여 1종 대상자의 경우 빈곤노인들의 의료이용을 높이는데 기여하고 있으나 경제적인 이유로 의료이용을 포기하는 노인이 많으며 특히, 의료급여 1종과 2종, 차상위 계층 등 빈곤계층에서 의료이용을 포기할 확률이 높은 것으로 나타났다.

이혜제 등(2009)은 저소득층의 의료이용에 대해 연구에서 소득, 의료보장, 저소득층에 민감하게 작용하고 있음을 시사했다. 소득이나 의료보장 유형과 같은 가능 요인들은 부분적으로만 유의하였고, 저소득층에서는 의료비 부담과 관련된 경제적 이유로 인한 제약이 일반층보다 크며, 일반층에서는 경제적 이유보다는 고용상태로 인한 제약이 저소득층보다는 크다고 밝혔다. 최선임(2010)은 저소득층의 의료이용 분석에서 일반층의 경우 의료보장형태와 소득이 외래 이용여부와 이용횟수에 유의한 영향을 주지 않은 것과는 달리 저소득층에서는 중요한 영향요인으로 작용하고 있었다. 또한 가처분 소득이 낮은 경우 전체적으로 외래이용가능성이 낮아졌으며, 의료급여 1종군의 경우는 더욱 낮게 나타났다. 외래이용횟수에서는 소득보다 의료보장

형태가 더 유의미한 영향을 주었다.

김동진(2010)은 의료이용의 수평적 형평성 지수를 구하여 노인집단에서 외래 및 입원의료 모두 상대적으로 고소득층에 유리한 불형평이 있음을 보였다. 비노인집단에 비해 노인집단에서 소득수준에 따른 의료이용의 형평성에 더 큰 문제가 있었고, 상대적으로 소득이 많은 사람들이 입원 및 외래 의료이용을 더 많이 이용하였고, 비노인집단의 경우에는 이와 반대로 저소득층이 입원의료를 더 많이 이용하는 것으로 나타났다.

중고령자를 대상으로 의료이용에 영향을 주는 요인에 대해 살펴본 연구에 의하면

경제적 요인이 의료이용에 영향을 주고 있으며, 고소득층에 유리한 불평등이 나타났다. 저소득층을 대상으로 한 연구에서는 의료보장 유형에 따라 의료이용에 차이가 있음을 보였다. 중고령자들의 빈곤에 있어 소득과 더불어 자산은 중요한 경제적 지표이므로 이들에 대한 연구는 소득과 자산을 동시에 고려하여 살펴 볼 필요가 있다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 연구대상 및 자료수집

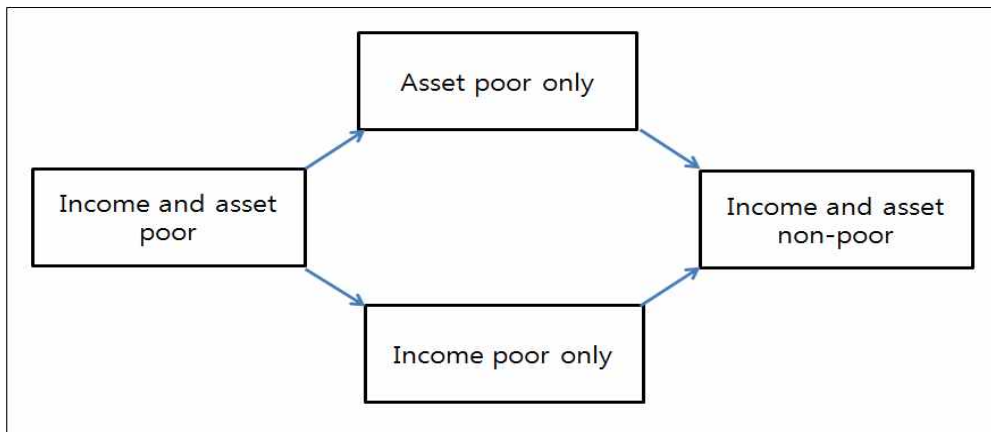
본 연구에 이용된 자료는 한국 복지패널 조사 자료이다. 복지패널은 빈곤층 및 차상위층의 가구형태, 소득수준, 취업상태 등의 실태변화와 소득계층별, 경제활동상태별, 연령별 등 각 인구집단의 생활실태, 복지수급실태, 복지욕구 등을 파악이 용이하다. 4차 조사는 한국보건사회연구원에서 구축된 6,207가구에 대해 2009년 4월 18일~7월 19일 까지 조사를 실시하였다.

1. 연구 대상

본 연구에서는 6,207가구 중 45세가 넘는 4,657가구를 대상으로 조사하였다. 연구 대상자는 <그림 1>과 같이 대상군을 4개 그룹으로 나누어 구분하였다. 첫번째 그룹은 소득빈곤, 자산빈곤 모두 해당하지 않는 일반층 그룹(이하 일반층)이며, 두 번째 그룹은 소득빈곤층에 해당되나 자산빈곤층에 해당하지 않는 그룹(이하 저소득빈곤층)이며, 세 번째 그룹은 자산빈곤층에 해당되나 소득빈곤층에 해당하지 않는 그룹(이하 자산빈곤층), 마지막 네 번째 그룹은 소득빈곤과 자산빈곤 모두 해당하는 그룹(이하 저소득 자산빈곤층)으로 구분하였다.

일반층과 저소득층을 구분하는 기준은 중위소득 60%(가처분소득기준)이다. 복지패널은 가처분소득과 가구균등화지수를 고려하여 중위소득 60% 이하를 빈곤층으로 구분하고 있다. 자산빈곤의 경우 중위자산 50%(순자산 기준)를 기준으로 자산 비빈곤과 자산빈곤을 구분하였다. 중위소득과 중위자산은 가구균등화지수 (equivalence scale)를 적용하였으며, 그 결과 일반층은 1,845명, 저소득층은 1,094명, 자산빈곤층은 456명, 저소득 자산빈곤층은 1,262명으로 분류되었다.

그림 1. 연구 대상



주) Jin Huang, “Asset Poverty”, CSD Working Paper, 2011

제 2절 변수의 정의 및 측정

Anderson은 의료 서비스 이용을 분석하는데 있어 행태주의 이론을 기반으로 개인의 특성과 관련된 소인요인(Predisposing determinant), 의료서비스 이용을 가능하게 하는 수단인 가능 요인(enabling determinant), 건강상의 문제가 포함된 질병요인(illness determinant)으로 분류하였다. 이후 국내 많은 연구들이 Anderson의 모형을 이용하여 의료이용에 영향을 주는 요인에 대해 분석하고 있으며(김진구,2008; 이혜제 등,2009), 본 연구에서도 Anderson 모형을 바탕으로 변수를 구성하였다.

1. 독립변수

본 연구에서는 복지패널의 ‘소득빈곤층’과 ‘자산빈곤층’을 중심으로 독립변수를 구성하였다. 소득은 근로소득, 사업 및 부업소득, 재산소득을 포함한 가처분소득을 사용하여 중위소득 60%를 기준으로 소득빈곤층과 소득비빈곤으로 구분하였다, 자산은 총재산액에서 총부채액을 제외한 순자산을 사

용하였으며 중위순자산 50%를 기준으로 자산빈곤층과 자산비빈곤층을 구분하였다. 이들을 일반층, 저소득층, 자산빈곤층, 저소득자산빈곤층으로 분류하여 독립변수로 구성하였다.

2. 종속변수

종속변수는 외래진료횟수, 외래이용여부, 입원일수, 입원여부로 나뉜다. 1년간 이용한 의료이용여부에 대한 답변으로 외래진료횟수의 경우 동일병원에서 각각 다른 과를 2회 이상 진료하면 1회로 처리하였고, 2곳 이상의 병원을 이용하면 2회로 처리한(병원방문을 기준) 값을 사용하였다.

표 6. 종속변수의 측정

종속변수	측정방법
외래이용여부	외래이용있음(1) 외래이용없음(0)
외래이용횟수	외래이용경험 있는 경우, Log(외래이용횟수)
입원여부	입원경험있음(1) 외래경험없음(0)
입원일수	입원경험이 있었던 경우, Log(입원일수)

3. 통제변수

(1) 소인성 요인(Predisposing determinant)

소인성 요인 중 인구사회학적 요인으로 성별, 연령, 배우자유무가 포함된다. 성별은 남녀, 연령은 40~65세, 65세 이상, 배우자 유무로 구분하였다.

사회구조적 요인은 교육수준과 경제활동상태로 분류하였다.

경제활동상태는 상용직과 임시일용직, 실업자, 비경제활동인구로 구분하였다. 상용직은 고용계약기간이 1년 이상으로 설정된 임금근로자, 또는 특별한 고용계약이 없어 기간이 정해져 있지 않더라도 상여금, 수당 및 퇴직금 등의 수혜를 받는 사람을 의미한다. 임시일용직은 고용계약기간이 1개월 이상 1년 미만인 임금근로자, 또는 고용계약기간이 1개월 미만인 임금근로자, 또는 매일 고용되어 일급, 일당으로 임금을 산정하여 지급받는 경우로 정의된다.

취업도 실업도 아닌 상태에 있는 경우, 주된 활동 상태에 따라 가사, 통학, 연로, 심신장애, 공익근무요원 등 집에서 통근하는 군 복무자는 비경제활동인구로 분류하였다.

(2) 가능성 요인(enabling determinant)

가구원수는 2008년 1년(2008. 1. 1 ~ 12.31) 동안 9개월 이상 생계를 같이 하였던 가구원의 수로, 생계를 같이 하고 있는 자란 소득과 소비를 공유하는 생활공동체 관계에 있는 경우로 제한한다.

거주지역은 시, 군, 도농복합군 세지역으로 구분하여 나타냈다. 의료보장 유형은 건강보험 가입자와 의료급여 1종, 2종, 국가유공자무료진단으로 분류하였고, 민간의료보험의 경우 민간보험을 한 개라도 가지고 있을 경우와 그렇지 않은 경우로 나누었다.

(3) 질병 요인(illness determinant) , 건강행위

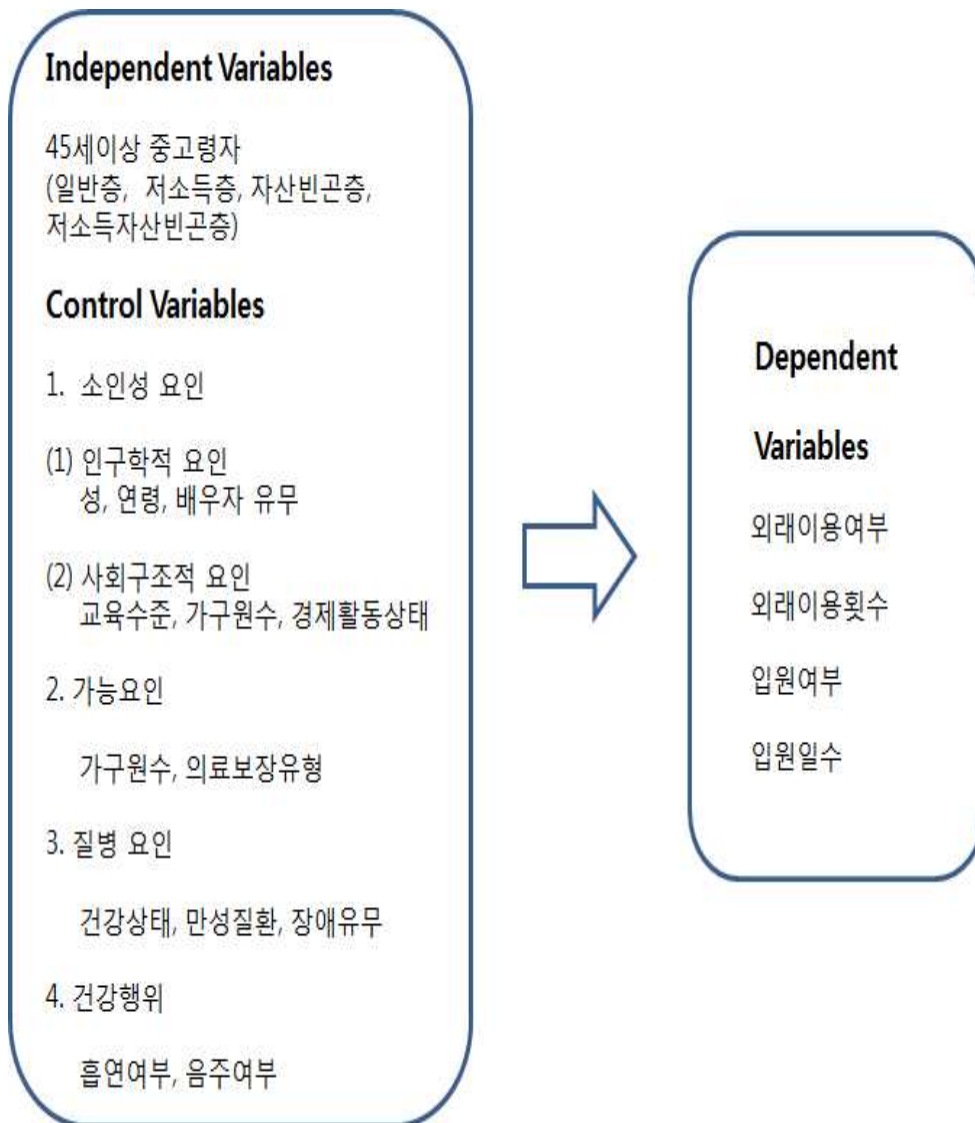
건강상태는 매우좋지않음, 좋지않음, 보통, 좋음, 매우좋음으로 구분하였고, 장애여부, 만성질환유무로 나누었다. 흡연과 음주의 경우 경험이 있는 경우와 없는 경우로 각각 구분하여 나타내었다.

표 7. 독립변수와 통제변수의 측정

변수		내용		Referencce
독립 변수	경제학적 요인	가처분소득 순자산	일반층, 저소득층, 자산빈곤층, 저소득 자산빈곤층	일반층
	소인성요인 (인구학적 요인)	성	남자, 여자	남자
통제 변수	소인성요인 (인구학적 요인)	연령	45~64세, 65세 이상	45~64세
		배우자유 무	배우자 있음, 배우자 없음	배우자있음
		교육수준	초졸 이하, 중졸, 고졸, 대졸이상	초졸 이하
	소인성요인 (사회구조적 요인)	경제활동 상태	상용직, 임시직, 자영업자, 실업자 비경제활동인구	상용직
		가구원수	1인, 2인, 3인 이상	1인
		거주지역	도시, 군, 도농복합군	도시
	가능요인	의료보장 유형	건강보험, 의료급여(1종, 2종) 국가유공자무료진단	건강보험
		민간보험 유무	있음, 없음	민간보험 없음
	질병요인	건강상태	매우 좋지 않음, 좋지 않음, 보통, 좋음, 매우 좋음	연속 변수
		만성질환	있음, 없음	만성질환 없음
		장애유무	있음, 없음	장애 없음
	건강행위	흡연여부	흡연함, 흡연안함	흡연안함
		음주여부	음주함, 음주안함	음주안함

제 3 절 연구모형

그림 2. 연구모형



제 4 절 분석 방법

본 연구에서는 일반층, 저소득층, 자산빈곤층, 저소득 자산빈곤층으로 구분하여 변수들의 빈도 및 평균에 대해 알아보았다. 또한 의료이용여부를 알아보기 위하여 two-part 모델의 분석방법을 이용하였다. first-part에서는 로지스틱 회귀 분석을 통해 외래이용 여부 및 입원 여부에 영향을 주는 요인에 대해 분석하였다. second - part에서는 연속형 변수인 의료이용량을 측정하였다. OLS 회귀분석을 통해 로그 변환된 외래이용 횟수 및 입원기간에 영향을 주는 요인에 대해 분석하였다.

분석은 통계 패키지 SPSS version 17.0 을 이용하였다.

그림 3. 분석방법

$$\text{First part} : \log\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \epsilon \quad (1)$$

p_1 : 외래이용을 한번이라도 경험할 확률,

입원이용을 한번이라도 경험할 확률

X_1 : 독립변수(소득, 자산)

X_2 : 통제변수(소인성 요인, 가능요인, 질병요인, 건강행위)

$$\text{Second part} : \log(Y_1 | y_i > 0) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \epsilon \quad (2)$$

Y_1 : 지난 1년간 외래이용 횟수, 지난 1년간 입원 일수

X_1 : 독립변수(소득, 자산)

X_2 : 통제변수(소인성 요인, 가능요인, 질병요인, 건강행위)

제 4 장 연구 결과

제 1 절 연구대상자의 일반적인 특성

소득과 자산을 기준으로 전체 4,657명의 연구 대상자를 일반층 1,845명, 소득빈곤층 1,094명, 자산빈곤층 456명, 소득자산빈곤층 1,262명으로 구분하여 분석하였다.

인구학적 요인의 분석 결과 남녀의 성별 비율은 일반층은 남성이 86.2%, 여성은 13.8% 이며, 저소득층의 경우 남성이 65.6%, 여성이 34.4%, 자산빈곤층의 경우 남성이 73.7%, 여성이 26.3%, 저소득 자산빈곤층의 경우 남성이 43.1%, 여성이 56.9% 로 나타났다.

연령의 경우 저소득층과 저소득빈곤층이 각각 80.7%, 71.2%로 다른 대상들에 비해 높게 나타났다. 배우자의 경우 저소득 자산빈곤층에서 배우자가 없는 비율 68.4%로 가장 높게 나타났다.

사회구조적 요인분석 결과 빈곤층이 초졸 미만인 경우가 저소득층은 63.3%, 자산빈곤층은 30.7%로 나타났고, 저소득 자산빈곤층이 71.5%로 가장 높게 나타났다. 경제활동상태의 경우 일반층은 상용직과 자영업자 비율이 각각 24.9%, 36.0%로 높은 반면 저소득층과 저소득 자산빈곤층의 비경제활동인구 비율은 각각 53.3%와 67.4%로 높았다.

가능요인 분석결과 가구원수는 저소득층과 저소득 자산빈곤층에서 1인가구 비율이 33.5%와 52.9%로 상대적으로 높았다. 거주 지역은 전체적으로 도시에 거주하는 비율이 높게 나타났고, 의료보장의 경우 저소득 자산빈곤층의 의료보장(1종)의 비율이 28.9%로 저소득층 3.6% 비해 높게 나타났다. 민간 보험의 경우 저소득층과 저소득 자산빈곤층은 민간보험을 소유하지 않은 경우가 각각 77.6%, 85.0%로 일반층 34.0%에 비해 높았다.

질병요인 분석 결과 주관적 건강상태는 매우 좋지 않음과 좋지 않음으로 응답한 비율이 저소득층과 저소득 자산빈곤층에서 높게 나타났고, 만성질

환이 있는 비율 역시 저소득층과 저소득 자산빈곤층이 각각 79.0%, 82.3%로 일반층과 자산빈곤층보다 높게 나타났다. 건강상태와 관련하여 흡연여부는 저소득층과 저소득자산빈곤층에서 76.2%, 76.6%로 일반층의 67.2%, 자산빈곤층의 57.2%보다 높았고, 음주여부는 집단간 유사하게 나타났다.

일반적인 특성에 대한 분석 결과 중고령자의 빈곤에 영향을 주는 요인인 성별, 연령, 배우자유무, 학력, 거주지 등에서 저소득층과 저소득 자산빈곤층이 높은 비율을 보였다. 특히 저소득 자산빈곤층의 경우 빈곤에 영향을 주는 요인들의 비율이 저소득층보다 대부분 높게 나타났다. 이는 중고령자들의 경제적 상태를 나타내는 소득과 자산이 동시에 부족할 경우 빈곤에 빠질 위험에 더욱 쉽게 노출될 수 있으며, 빈곤 연구에서도 이들 대상자를 구분하여 분석할 필요가 있음을 보여준다.

<표 9>에서는 소득의 소유정도를 비교하였다. 평균소득은 일반층이 2,530(만원), 저소득층이 706(만원), 자산빈곤층이 1,822(만원), 저소득 자산빈곤층이 696(만원)이었다. 이를 45~64세, 65세 이상으로 분류할 경우 45~64세의 2,110명을 대상으로 평균소득은 2,072(만원)이며, 65세 이상 2,547명의 평균소득은 1,090(만원)으로 1.9배 차이를 보였다. <표 10>에서는 자산의 소유정도를 비교하였다. 일반층은 22,979(만원), 저소득층이 21,896(만원), 자산빈곤층이 -4,090(만원), 저소득자산빈곤층이 -600(만원)이었다. 45~64세, 65세 이상으로 분류할 경우 45~64세의 평균자산은 13,861(만원)이며, 65세 이상의 평균자산은 13,538(만원)으로 비슷한 수준으로 나타났다.

소득과 자산소유 정도를 분석한 결과 은퇴, 건강문제 등으로 경제 활동에 제한이 많은 65세 이상 고령자의 소득은 45~64세 평균 소득과 비교해 상대적으로 낮았다. 반면 자산은 크게 차이를 보이지 않는데 이는 고령자들이 은퇴 전 경제활동을 통해 축적한 부동산 또는 금융자산이 유지되고 있기 때문이다. 자산빈곤층은 가구 부채 등으로 인해 자산소유에서 음(-)의 수치를 보이고 있으며, 특히 소득과 자산소유가 적은 저소득 자산빈곤층은 다른 계층에 비해 경제적으로 열악한 상태임을 알 수 있다.

표8. 연구대상자의 일반적 특성

구분		일반층	%	저소득층	%	자산빈곤층	%	저소득 자산빈곤층	%	계	%
		N=1,845		N=1,094		N=456		N=1,262		N=4,657	
성별	남	1,591	86.2	718	65.6	336	73.7	544	43.1	3,189	68.5
	여	254	13.8	376	34.4	120	26.3	718	56.9	1,468	31.5
연령	45-64	1,192	64.6	211	19.3	343	75.2	364	28.8	2,110	45.3
	65세이상	653	35.4	883	80.7	113	24.8	898	71.2	2,547	54.7
배우자	배우자있음	1,535	83.2	648	59.2	293	64.3	399	31.6	1,342	28.8
유무	배우자없음	310	16.8	446	40.8	163	35.7	863	68.4	1,782	38.3
교육수준	초등미만	422	22.9	693	63.3	140	30.7	902	71.5	2,157	46.3
	중학	343	18.6	167	15.3	79	17.3	160	12.7	749	16.1
	고등	662	35.9	166	15.2	170	37.3	147	11.6	1,145	24.6
	대졸이상	418	22.7	68	6.2	67	14.7	53	4.2	606	13.0
경제활동 상태	상용직	460	24.9	14	1.3	83	18.2	18	1.4	575	12.3
	임시일용직	281	15.2	93	8.5	142	31.1	158	12.5	674	14.5
	자영업자	664	36.0	388	35.5	111	24.3	201	15.9	1,364	29.3
	실업자	31	1.7	16	1.5	18	3.9	35	2.8	100	2.1
	비경제활동 인구	409	22.2	583	53.3	102	22.4	850	67.4	1,944	41.7

구분		일반층	%	저소득층	%	자산빈곤층	%	저소득 자산빈곤층	%	계	%
		N=1,845		N=1,094		N=456		N=1,262		N=4,657	
가구원수	1명	142	7.7	366	33.5	69	15.1	667	52.9	1,244	26.7
	2명	577	31.3	548	50.1	105	23.0	376	29.8	1,606	34.5
	3명이상	1,126	61.0	180	16.5	282	61.8	219	17.4	1,807	38.8
거주지역	도농복합 군	76	4.1	63	5.8	12	2.6	44	3.5	195	4.2
	군	340	18.0	368	33.6	91	19.3	427	33.0	1,206	25.9
	도시	1,453	77.8	686	60.6	373	78.1	830	63.5	3,256	69.9
의료보장 유형	건강보험	1,834	99.4	1,026	93.8	430	94.3	766	60.7	4,056	87.1
	1종	3	0.2	39	3.6	3	0.7	365	28.9	410	8.8
	2종	0	0.0	10	0.9	20	4.4	116	9.2	146	3.1
	국가유공 자무료	8	0.4	19	1.7	3	0.7	15	1.2	45	1.0
민간보험 유무	없음	628	34.0	849	77.6	191	41.9	1,073	85.0	2,741	58.9
	있음	1217	66.0	245	22.4	265	58.1	189	15.0	1,916	41.1
건강상태	매우좋지 않음	38	2.1	71	6.5	10	2.2	123	9.7	242	5.2
	좋지않음	312	16.9	418	38.2	101	22.1	575	45.6	1,406	30.2
	보통	450	24.4	333	30.4	105	23.0	341	27.0	1,229	26.4
	좋음	840	45.5	246	22.5	190	41.7	198	15.7	1,474	31.7
	매우 좋음	205	11.1	26	2.4	50	11.0	25	2.0	306	6.6

구분		일반층	%	저소득층	%	자산빈곤층	%	저소득 자산빈곤층	%	계	%
		N=1,845		N=1,094		N=456		N=1,262		N=4,657	
만성 질환	없음	790	42.8	230	21.0	219	48.0	224	17.7	1,463	31.4
	있음	1,055	57.2	864	79.0	237	52.0	1,038	82.3	3,194	68.6
장애 여부	장애 없음	1,652	89.5	903	82.5	385	84.4	997	79.0	3,937	84.5
	있음	193	10.5	191	17.5	71	15.6	265	21.0	720	15.5
흡연 여부	흡연 안 함	605	32.8	260	23.8	195	42.8	295	23.4	1,355	29.1
	흡연 함	1,240	67.2	834	76.2	261	57.2	967	76.6	3,302	70.9
음주 여부	음주 안 함	10	0.5	24	2.2	8	1.8	30	2.4	72	1.5
	음주 함	1,835	99.5	1,070	97.8	448	98.2	1,232	97.6	4,585	98.5

표 9. 연구대상자별 소득 소유정도

(단위 : 명, 만원)

구분		일반층	저소득층	자산 빈곤층	저소득 자산빈곤층	합계
45~64 세	N	1,192	211	343	364	2,110
	평균	2,776	608	1,854	823	2,072
	표준편차	1,626	1,427	638	275	1,596
65세 이상	N	653	883	113	898	2,547
	평균	2,080	729	1,723	645	1,090
	표준편차	1,289	251	948	228	943
전체	N	1,845	1,094	456	1,262	4,657
	평균	2,530	706	1,822	696	1,535
	표준편차	1,551	666	729	255	1,371

표10 . 연구대상자별 자산 소유정도

(단위 : 명, 만원)

구분		일반층	저소득층	자산 빈곤층	저소득 자산빈곤층	합계
45~64 세	N	1,192	211	343	364	2,110
	평균	21,705	25,743	-5,628	-349	13,861
	표준편차	45,745	87,769	60,033	3,915	51,782
65세 이상	N	653	883	113	898	2,547
	평균	25,306	20,977	579	-702	13,538
	표준편차	49,488	93,786	1,563	33,435	64,822
전체	N	1,845	1,094	456	1,262	4,657
	평균	22,979	21,896	-4,090	-600	13,684
	표준편차	47,122	92,636	52,122	28,278	59,265

제 2 절 의료이용 분석

종속변수인 외래이용 경험 유무와 외래이용 횟수 및 입원기간에 대해서는 분석하였다. 일반층에 비해 빈곤층이 전반적으로 의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다.

외래이용 경험여부의 경우 지난 1년간 외래이용을 경험한 비율은 일반층의 경우 82.8%로 나타났고, 빈곤층에서는 저소득층이 91.0%였으며, 자산빈곤층은 77.6%, 저소득자산빈곤층은 92.6%로 조사되었다. 외래이용은 일반층이 14.2%로 가장 낮았고, 저소득 자산빈곤층이 30.5%로 가장 높았다.

입원을 경험한 비율은 일반층이 13.9% 였고, 저소득층은 19.4%, 자산빈곤층 17.1 %, 저소득 자산빈곤층은 19.7%로 빈곤층이 입원을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 입원기간도 일반층에서는 평균 3.5일인 반면 저소득 자산빈곤층에서는 8.0일로 가장높게 나타났다. 일반층에 비해 빈곤층이 의료 이용이 많으며, 저소득 자산빈곤층의 의료이용이 가장 많은 것으로 나타났다. 이는 빈곤계층의 취약한 건강상태를 반영한 결과라 할 수 있다.

표 11. 의료이용 비교

구분		일반층		저소득층		자산 빈곤층		저소득 자산빈곤 층	
			%		%		%		%
		N=1,845		N=1,094		N=456		N=1,262	
외래 경험 유무	없음	317	17.2	98	9.0	102	22.4	93	7.4
	있음	1528	82.8	996	91.0	354	77.6	1169	92.6
외래 이용 횟수	Mean	14.2		24.5		15.7		30.5	
입원 경험 유무	없음	1,588	86.1	882	80.6	378	82.9	1,013	80.3
	있음	257	13.9	212	19.4	78	17.1	249	19.7
입원 기간	Mean	3.5		4.4		5.7		8.0	

제 3 절 중고령자의 의료이용에 영향을 주는 요인

1. 소득과 자산이 의료이용에 미치는 영향

(1) 외래 의료이용에 대한 two-part model 결과

중고령자의 의료이용에 미치는 영향을 알아보기 위해 two-part model로 분석하였다. 전체 연구대상자 대상으로 first-part에서는 외래이용여부에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 외래이용 경험 여부에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시하여 산출된 $\exp(\beta)$ 의 값을 표시하였으며, $\exp(\beta)$ 는 각 독립변수들이 외래이용을 경험할 odds를 의미한다. second-part에서는 입원을 한 대상자에 한해 외래이용횟수에 대하여 회귀 분석을 실시하였다. 이때 R^2 값은 0.37로 전체 표본의 37%가 분석모형을 설명한다.

분석결과 외래이용은 소득과 자산의 경제적 요인보다는 의료욕구에 의해 영향을 받고 있음을 알 수 있다. <표12>에서 보는 바와 같이 질병요인이 외래이용과 이용횟수에 대부분 유의한 결과를 보였다. 주관적 건강상태가 전체 5척도 중 1단위가 좋아질 때 외래이용을 한번이라도 경험할 odds는 0.68배 낮아지며, 외래이용횟수는 23% 감소하였다. 만성질환 변수는 만성질환이 하나라도 있는 경우 만성질환이 없는 경우에 비해 입원할 odds가 17.66배 증가하며, 의료횟수도 94%로 증가하였다. 장애가 있을 경우 의료이용횟수는 9% 증가하며, 흡연할 경우 odds가 1.47배 높고, 음주할 경우 odds가 8.6배 유의하게 높고, 외래이용 횟수도 40% 증가하였다.

질병요인을 통제한 상태에서 저소득층과 자산빈곤층, 저소득 자산빈곤층의 외래경험여부는 통계적으로 유의하지 않았고, 외래이용횟수의 경우에서만 저소득층은 일반층에 비해 9% 유의하게 감소하여 일반층에 비해 저소득계층의 의료이용이 제한적임을 보였다. 이 같은 결과는 서비스가 임의적인 성격(discretionary)을 가질수록 소인요인과 가능요인보다는 욕구요인에 의해 서비스이용이 결정되는 때문이며((Michell&Krout,1998; 이미진, 2009

에서 재이용), 질병요인과 외래이용에 관련성에 관한 기존의 연구 결과와 일치하였다(이혜제 등, 2009).

소인요인 분석 결과 인구학적 변수 중 여성이 남성보다 22% 이용횟수가 많았고, 고령자의 odds가 1.42배 유의하게 높았으며, 외래이용횟수도 23% 증가하였다. 비활동경제인구가 외래이용을 경험할 odds는 상용직에 비해 0.6배 유의하게 낮았다.

가인성 요인 분석 결과 가구원수가 2인일 경우의 odds가 1인일 경우에 비해 0.54배 낮았다. 노인의료서비스에 있어 타인과 동거하는 경우 외래진료를 덜 이용하는 경향이 있으며(Cafferata,1987, 이미진, 2007에서 재이용), 2세대 이상의 가구의 노인이 1세대 노인에 비해서 의사방문횟수가 적고, 시간이 지남에 따라 의사방문횟수도 감소하는 것으로 나타났다(Stump et al,1995, 이미진, 2007에서 재이용). 가구원 수가 많다는 것을 자녀나 손자녀와 동거하는 경우를 말하며, 이는 중고령자의 의료이용이 가족 내의 다른 문제에 비해 후순위로 밀리고 있을 가능성이 있음을 의미한다(김진구, 2008).

거주지역의 경우 도시지역에 비해 군에서는 13% 증가하였다. 민감보험에 가입되어 있을 경우 없는 경우에 비해 외래를 이용할 odds가 1.51배 높게 나타나 보험가입유무에 따라 중고령자의 외래의료이용에 차이가 있음을 보였다.

표 12. 외래 의료이용에 영향을 주는 요인

변수		외래이용 여부 (N=4,657)	외래이용 횟수 (N=4,047)
		exp(β) (Odd Ratio)	β
소득, 자산 (일반층)	저소득층	0.77	-0.09*
	자산빈곤층	0.83	0.05
	저소득 자산빈곤층	0.85	0.01
성별(성)	여성	1.43	0.22***
연령(45-64세)	65세이상	1.42*	0.23***
배우자유무(있음)	배우자없음	0.92	0.05
교육수준 (초등이하)	중졸	1.06	-0.09*
	고졸	0.94	-0.10*
	대졸이상	0.74	-0.06
경제활동상태 (상용직)	임시일용직	0.82	-0.01
	자영업자	0.83	0.09
	실업자	0.71	0.04
	비경제활동인구	0.61**	0.03
가구원수(1인)	2인	0.54**	-0.03
	3인이상	0.83	-0.10
거주지역(도시)	군	1.07	0.13***
	도농복합군	0.96	-0.02
의료보장유형 (건강보험)	의료급여	1.02	0.04
	국가유공자무료	0.86	-0.08
민간보험유무(없음)	있음	1.50***	0.04
주관적 건강상태		0.68***	-0.23***
만성질환(없음)	있음	17.66***	0.94***
장애유무(없음)	있음	1.21	0.09**
흡연여부(없음)	있음	1.47***	0.06
음주여부(없음)	있음	8.60***	0.40***
모형의 적합도		$\chi^2 = 1,164.72^{***}$ $-2LL = 2,451.50$	$R^2 = 0.37$ $F = 93.42$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(2) 입원 의료이용 대한 two-part model 결과

중고령자의 입원이용에 미치는 영향을 알아보기 위해 two-part model로 분석하였다. 외래이용에서와 같이 전체 연구대상자 대상으로 first-part 에서는 입원여부에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. second-part에서는 입원을 한 대상자에 한해 입원일수에 대하여 회귀분석을 실시하였다. 이때 R^2 값은 0.14로 전체 표본의 14%가 분석모형에 대해 설명되고 있다.

입원 의료이용에 대한 분석결과 저소득층과 저소득 자산빈곤층의 odds는 일반층에 비해 각각 0.78배, 0.71배 유의하게 감소하였다. 소득은 입원 경험에 영향을 주며, 자산이 동시에 부족할 경우 입원 경험이 유의하게 감소하였다. 중고령자는 소득이 줄고 자산의 활용도가 높아지는 시점으로 저소득층과 저소득 자산빈곤층의 경우 입원이용 감소로 이어질 수 있음을 알 수 있다. 입원일수에는 경제적 요인이 유의한 영향을 주지 못했다.

인구학적 변수에서 여성이 남성보다 0.68배 낮았으며, 경제활동상태에서 상용직에 비해 실업자의 입원 일수가 크게 증가하였는데 이는 실업자가 시간자원이 많고, 경제활동으로 인한 기회비용이 적기 때문으로 입원일수가 증가한 것으로 해석할 수 있다.

가능요인 분석 결과 가구원이 2인일 경우 odds는 1인일 경우에 비해 0.70배 감소하였으며, 3인 이상일 경우 0.58배 낮았는데 이는 중고령자의 가구원들이 간병을 제공함으로써 의료서비스 대체효과가 발생했을 수 있다. 거주 지역에서는 도시에 비해 군에 거주할 경우 입원을 경험할 odds가 1.37배 높았고, 의료일수는 24% 증가하였다. 반면 도농복합군의 경우 0.84배 감소하나 통계적으로 유의하지 않았다. 민간보험을 소유하고 있을 경우 입원을 경험할 odds는 1.28배 높았다.

입원경험에서도 질병요인은 중요한 요인임을 알 수 있다. 질병요인 분석결과 주관적 건강상태가 전체 5척도 중 1단위가 좋아질 때 입원을 한번이라도 경험할 odds는 0.55배 낮아지며, 입원일수도 25%감소하였다. 만성질환 변수는 만성질환이 하나라도 있는 경우는 만성질환이 없는 경우에 비해 입원할 odds가 1.79배 높게 나타났다.

표 13. 입원 의료이용에 영향을 주는 요인

변수		입원경험여부 (N=4,657)	입원일수 (N=796)
		exp(β) (Odd Ratio)	β
소득(일반층)	저소득층	0.78*	-0.19
	자산빈곤층	1.28	0.32*
	저소득 자산빈곤층	0.71***	0.03
성별(성)	여성	0.68*	-0.20
연령(45-64세)	65세이상	0.80	-0.07
배우자유무(있음)	배우자없음	0.85	-0.01
교육수준 (초등이하)	중졸	0.85	0.01
	고졸	0.88	-0.27*
	대졸이상	0.72	-0.31
경제활동상태 (상용직)	임시일용직	0.87	0.17
	자영업자	1.30	0.12
	실업자	0.74	1.26**
	비경제활동인구	1.48	0.36
가구원수(1인)	2인	0.70*	-0.20
	3인이상	0.58**	-0.13
거주지역(도시)	군	1.37**	0.24*
	도농복합군	0.84	0.04
의료보장유형 (건강보험)	의료급여	1.17	0.24
	국가유공자무료	1.01	0.41
민간보험유무(없음)	있음	1.28*	0.06
주관적 건강상태		0.55***	-0.25***
만성질환(없음)	있음	1.79***	-0.05
장애유무(없음)	있음	1.21	0.12
흡연여부(없음)	있음	1.20	-0.09
음주여부(없음)	있음	0.50**	-0.67***
모형의 적합도		$\chi^2 = 448.38^{***}$ $-2LL = 3,811.38$	$R^2 = 0.14$ $F = 5.07$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2. 연령별 의료이용 대한 차이 분석

(1) 외래 의료이용 대한 two-part model 결과

연령별 중고령자의 의료이용에 미치는 영향을 two-part model로 분석하였다. 45~64세와 65세 이상을 대상으로 first-part에서는 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, second-part에서는 외래이용을 한 인원에게 한해 회귀분석을 실시하였다. R^2 값은 0.36과 0.25로 전체 표본의 36%, 25%가 분석모형에 대해 설명되었다.

외래이용 경험여부에서 소득과 자산은 45~64세, 65세 모두에게 유의한 영향을 주지 않았다. 65세 이상 대상자의 경우 전체적으로 민간보험유무, 건강상태, 만성질환, 음주여부가 외래이용 경험 여부에만 유의한 결과를 나타냈다. 이는 다른 요인의 변수보다 질병요인이 외래 서비스 이용 경험에 가장 큰 영향을 주고 있음을 의미한다. 외래이용 횟수 분석결과 저소득 자산빈곤층 45~64세의 경우 일반층에 비해 18% 증가하고 있음을 보였고, 65세 이상 저소득층은 12% 감소하였다. 65세 이상 저소득층의 경우 소득에 의한 외래 이용의 접근성이 45~64세보다 다소 제한적임을 알 수 있다.

소인요인과 가능요인 분석결과 의료이용횟수에서 일부 유의한 결과가 나타났다. 여성의 경우 외래 이용 횟수가 남성에 비해 유의하게 높았으며, 교육수준의 경우 45~64세 대졸이상인 경우 초등 이하에 비해 외래의료경험이 유의하게 낮았다. 상용직에 비해 임시일용직 또는 비경제활동인구의 외래 의료경험여부가 유의하게 낮았다. 민간보험을 가지고 있을 경우의 odds가 1.35배 높게 나타났고, 65세 이상에서도 민간보험을 소지하고 있을 경우 odds가 1.83배 유의하게 높게 나타났다.

질병요인 분석결과 주관적 건강상태와 만성질환 모두 유의한 결과를 나타냈다. 주관적 건강상태가 전체 5척도 중 1단위가 좋아질 때 외래이용을 한 번이라도 경험할 중년층 odds는 0.67배 낮아지며, 외래이용횟수도 25% 감소하였다. 고령층의 odds는 0.68배 낮아지고, 외래이용횟수도 21% 감소하

였다. 만성질환 변수는 만성질환이 하나라도 있는 경우 만성질환이 없는 경우에 비해 외래를 경험할 odds가 중년층은 17.20배, 고령층은 18.67배 증가하며, 외래의료횟수도 각각 83%, 106% 유의하게 증가하였다. 중령층의 경우 흡연할 경우 odds가 1.52배 높고, 고령층이 음주할 경우 odds는 10.79배 높고 외래이용도 48% 증가하였다.

표 14. 연령별 외래 의료이용에 영향을 주는 요인

변수		45~64세		65세 이상	
		외래의료 여부	외래이용 횟수	외래의료 여부	외래이용 횟수
		(N=2,110)	(N=1,652)	(N=2,547)	(N=2,395)
		exp(β)	β	exp(β)	β
		(Odd Ratio)		(OddRatio)	
소득(일반층)	저소득층	0.80	-0.08	0.98	-0.12*
	자산빈곤층	0.84	0.05	0.78	0.09
	저소득 자산빈곤층	0.70	0.18*	1.29	-0.07
성별(성)	여성	1.37	0.26***	1.85	0.22**
배우자유무(있음)	배우자없음	0.95	-0.01	0.71	0.06
교육수준 (초등이하)	중졸	0.88	-0.10	1.34	-0.10
	고졸	0.77	-0.16*	1.38	-0.03
	대졸이상	0.59*	-0.11	1.25	-0.06
경제활동상태 (상용직)	임시일용직	0.70*	-0.16*	2.10	0.46**
	자영업자	0.83	-0.01	1.08	0.44**
	실업자	0.54	-0.02	2.10	0.33
	비경제활동 인구	0.61*	0.08	0.79	0.34*
가구원수(1인)	2인	1.04	-0.03	0.65	-0.05
	3인이상	0.61	-0.11	0.51	-0.08
거주지역(도시)	군	1.09	0.25	1.15	0.18***
	도농복합군	0.70	-0.05	1.86	-0.01
의료보장유형 (건강보험)	의료급여	1.03	0.08	0.99	0.06
	국가유공자 무료	0.59	-0.42	2.03	0.13
민간보험유무(없음)	있음	1.35*	0.05	1.83*	0.06
주관적 건강상태		0.67***	-0.25***	0.68***	-0.21***
만성질환(없음)	있음	17.20***	0.83***	18.67***	1.06***
장애유무(없음)	있음	1.20	0.02	1.18	0.10
흡연여부(없음)	있음	1.52***	0.03	1.33	0.09
음주여부(없음)	있음	5.05*	0.23	10.79***	0.48***
모형의 적합도		$\chi^2 =$		$\chi^2 =$	
		583.34***	$R^2 = 0.36$	350.78***	$R^2 = 0.25$
		-2LL =	$F = 3753$	-2LL =	$F = 33.05$
		1624.41		=800.88	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(2) 입원 의료이용 대한 two-part model 결과

연령별 중고령자의 입원의료이용에 미치는 영향을 two-part model로 분석하였다. 45~64세와 65세 이상을 대상으로 first-part 에서는 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, second-part에서 외래이용횟수에 대하여 회귀분석을 실시한 결과 R^2 값은 0.24, 0.13로 전체 표본의 24%, 13%가 분석모형에 대해 설명되고 있다.

분석 결과 소득과 자산은 45~64세에는 유의한 영향을 주지 못하였으나 65세 이상 저소득층과 저소득 자산빈곤층은 일반층에 비해 입원의료이용에 제한을 받았다. 저소득층의 odds는 일반층에 비해 0.66배 유의하게 낮았고, 입원일수는 42% 감소하였다. 저소득 자산빈곤층의 odds는 일반층에 비해 0.58배 유의하게 낮았고, 입원일수는 8% 감소하였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

중고령자들은 은퇴 이후의 생활을 대비해 자금을 준비하기도 하지만 대다수 노인세대들은 자식들의 교육비, 결혼자금 지원으로 인해 본인들의 노후 준비는 미흡한 실정이다. 이들은 정기적인 수입 역시 일정하지 않으므로 경제적 부담으로 인해 의료이용의 접근성이 떨어질 수 있으며, 근로 기간 동안 축적한 자산이 중요한 역할을 할 수 있다. 하지만 우리나라의 대부분 자산 소유 형태는 은퇴 이후의 연령이 되더라도 구입한 주택을 지속적으로 보유하기 때문에 생애 후반으로 갈수록 금융자산 비중은 낮아지고 실물자산의 비중이 높아진다. 상속동기, 잔여수명에 대한 불확실성, 의료비 지출 등에 대비한 '예비적 동기'로 실물자산을 보유하고 있으나 유동자산으로 활용하는데 있어서는 제한적이다. 따라서 일부 자산을 보유한 저소득층 역시 자산 활용도가 떨어져 입원의료이용이 유의하게 낮은 것으로 해석할 수 있다.

소인요인 분석 결과 인구학적 변수 중 45~64세 여성이 남성보다 입원할 odds가 0.57배 유의하게 낮았으며, 가구원수의 경우 1인일 때에 비해 2인일 경우 odds가 0.49배 낮고, 3인이상일 경우 odds가 0.46배 유의하게 낮았

다. 65세 이상 고령층의 경우 가구원수가 2인일 경우 입원일수가 48% 유의하게 감소하며, 3인이상일 경우 67% 감소하였다. 거주지역의 경우 군에 거주하는 65세 이상 고령자들은 도시지역에 비해 입원을 경험할 odds가 1.36배 높고 입원일수도 27%증가하였으나 45~64세 도농복합군 거주자의 경우 도시지역에 비해 odds가 0.21배 유의하게 낮게 나타났다. 민감보험을 소유한 45~64세의 중년층은 민간보험이 없는 경우에 비해 입원을 경험할 odds가 1.65배 높았다.

질병요인 분석결과 주관적 건강상태가 전체 5척도 중 1단위가 좋아질 때 입원을 경험할 중령층 odds는 0.58배 낮아지며, 입원일수도 26% 감소하였다. 고령층의 odds는 0.53배 낮아지고, 입원일수도 25% 감소하였다. 만성질환 변수는 만성질환이 하나라도 있는 경우 만성질환이 없는 경우에 비해 입원을 경험할 odds가 중령층은 1.83배, 고령층은 1.84배 증가하였다. 고령층의 경우 음주할 경우 odds가 0.44배 낮고, 61% 감소하였다.

표 15. 연령별 입원 의료이용에 영향을 주는 요인

변수		45~64세		65세 이상	
		입원여부 (N=2,110)	입원일수 (N=278)	입원여부 (N=2,547)	입원일수 (N=518)
		exp(β) (Odd Ratio)	β	exp(β) (OddRatio)	β
소득(일반층)	저소득층	1.08	0.29	0.66*	-0.42**
	자산빈곤층	1.10	0.39	1.75	0.22
	저소득 자산빈곤층	1.03	0.12	0.58***	-0.08
성별(성)	여성	0.57**	0.12	0.81	-0.48*
배우자유무(있음)	배우자없음	0.99	-0.05	0.72	-0.02
교육수준 (초등이하)	중졸	0.82	0.04	0.90	-0.07
	고졸	0.96	-0.25	0.80	-0.30
	대졸이상	0.93	-0.47	0.50**	-0.23
경제활동상태 (상용직)	임시일용직	0.89	-0.06	3.95	-0.63
	자영업자	1.14	-0.06	7.11	-0.68
	실업자	0.79	1.29**	2.11	-0.81
	비경제활동 인구	1.41	0.16	8.03*	-0.43
가구원수(1인)	2인	0.49**	0.08	0.76	-0.48*
	3인 이상	0.46**	0.33	0.64	-0.67*
거주지역(도시)	군	1.34	0.17	1.36*	0.27*
	도농복합군	0.21*	1.42	1.05	-0.09
의료보장유형 (건강보험)	의료급여	1.44	0.34	0.98	0.20
	국가유공자 무료	2.25	0.58	0.54	0.01
민간보험유무(없음)	있음	1.65**	-0.12	1.09	0.19
주관적 건강상태		0.58***	-0.26***	0.53***	-0.25***
만성질환(없음)	있음	1.83***	0.07	1.84**	-0.30
장애유무(없음)	있음	1.05	0.14	1.27	0.17
흡연여부(없음)	있음	1.28	-0.29	1.18	-0.01
음주여부(없음)	있음	0.65	-0.76*	0.44**	-0.61*
모형의 적합도		$\chi^2 =$		$\chi^2 =$	
		190.63***	$R^2 = 0.24$	258.11***	$R^2 = 0.13$
		-2LL =	F = 3.31	-2LL	F = 3.03
		1453.93		=2314.60	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

제 5 장 고찰

제 1 절 연구 결과에 대한 고찰

45세 이상 중고령자 4,657명 대상자를 중위소득 60%와 중위순자산 50% 기준으로 일반층 1,845명, 소득빈곤층 1,094명, 자산빈곤층 456명, 저소득자산빈곤층 1,262명으로 구분하여 아래의 결과를 도출하였다.

첫째, 일반적 특성 분석 결과 빈곤에 영향을 주는 요인인 성별, 연령, 학력, 혼인상태, 거주지역, 건강상태 등의 특성이 기존의 선행연구 결과와 일치하였다(최옥금, 2007; 배성우, 2008; 최현수 등, 2003; 김진구, 2008; 이혜제 등, 2009). 저소득 자산빈곤층의 경우 저소득층과 비교해 빈곤에 영향을 주는 요인들의 비율이 높으며, 본인의 주관적 건강상태를 낮게 평가하였다. 자산소유에 있어서도 부채가 총자산보다 많아 음(-)의 수치를 나타내는데 이를 종합해 볼 때 이들의 사회적, 경제적 지위가 다른 대상자들에 비해 상대적으로 더 열악한 것으로 해석할 수 있으며, 중고령자의 빈곤층 대상 선정에서 소득과 자산을 동시에 고려할 필요가 있음을 알 수 있다. 중년층에서 고령층으로 나이가 많아지면서 평균소득과 평균자산이 감소하는데 소득 가운데 근로소득이 많은 부분을 차지하는 우리나라의 중고령층의 소득 구성의 특성에 비추어 볼 때 나이가 많아질수록 고용상태를 유지하지 못하게 될 경우 평균 소득이 큰 폭으로 떨어지게 됨을 알 수 있다. 이러한 소득의 감소는 자산의 감소로 이어질 수 있다는 점에서 중년층의 안정적인 일자리를 통해 노후 생활을 보장할 수 있는 일자리 제공정책과 더불어 노후의 주요 소득원 중 하나인 사회보험 및 퇴직금 등을 확보할 수 있도록 하는 정책이 중요하다고 할 수 있다(최옥금, 2007). 또한 퇴직 시점이 가까운 중고령자 근로자 가구의 자산형성을 지원하는 정책을 강화할 필요가 있다.

둘째, 의료이용에 대한 분석 결과 저소득층과 저소득 자산빈곤층이 외래 경험, 외래이용횟수, 입원경험이 많고 입원기간이 길었다. 기존 연구에서도 평균 외래이용은 교육수준이 낮은 집단과 직업이 없는 집단이 더 많이 이용한 것으로 나타났고, 입원의 경우 사회경제적 위치가 낮은 집단에서 평균 의료이용 횟수가 더 높았다(신호성 등, 2006). 이처럼 의료이용에 있어 빈곤층의 의료이용 빈도가 높은 것은 주관적 건강상태의 결과에서 알 수 있듯이 빈곤층의 건강상태가 상대적으로 나쁜 것으로 해석할 수 있다. 특히 본인의 주관적 건강상태를 매우 좋지 않음과 좋지 않음으로 답한 비율이 높은 저소득 자산빈곤층의 경우 의료이용 빈도가 가장 높게 나타났다.

일반적으로 건강상태가 좋지 않은 빈곤층은 본인부담이 적거나 의료보장 제도의 보장범위가 넓은 의료서비스를 많이 이용하고자 한다. 하지만 여전히 우리나라의 경우 높은 본인부담률과 민간주도의 의료시장으로 인해 소득계층별 의료이용의 접근성에 차이가 있으며, 특히 본인부담률이 높은 고가의 검진이나 치료에 있어서는 고소득층에 비해 의료이용이 현저히 떨어진다. 이는 의료이용의 질적 측면에서 여전히 비형평성이 존재하고 있음을 의미하며, 사회적 안전망으로서 빈곤층을 위한 공공의료기관 확충 및 지원정책이 필요하고 할 수 있다.

셋째, 중고령자의 의료이용에 영향을 주는 요인을 알아보기 위해 소득과 자산을 제외한 다른 요인을 통제하여 분석한 결과 외래 이용여부에 영향을 주는 유의한 결과를 찾아볼 수 없었으나 일반층과 비교해 저소득층의 외래 이용 횟수가 유의하게 감소하고 있었다. 질병요인인 주관적 건강상태, 만성 질환 변수가 외래이용여부 및 외래이용횟수에 유의한 영향을 주었는데 이는 기존의 연구와 일치하며(이혜제 등, 2009), 경제적 요인과 의료보장 유형에 따른 제한이 있지만, 의료욕구에 의해 의료이용이 이루어고 있음을 알 수 있다.

입원 이용여부와 입원일수에 대한 분석 결과 저소득층과 저소득 자산빈곤층의 odds는 일반층에 비해 유의하게 감소하였고, 입원일수에서 자산빈곤층은 일반층에 비해 증가하였다. 입원 경험의 경우 경제적 요인에 유의하

게 영향을 받았는데 중고령자는 소득이 줄고 자산의 활용도가 높아지는 시점으로 의료이용에 있어서도 소득과 자산이 동시에 부족할 경우 중고령자 빈곤층이 실제 느끼는 의료이용에 대한 경제적 장벽의 체감 효과는 더 높을 수 있다.

넷째, 입원경험 여부에 대해 분석결과 65세 이상 고령자의 경우 저소득층과 저소득 자산빈곤층의 입원경험이 유의하게 낮았고, 입원일수도 감소하였다. 45~64세의 경우 경제활동이 활발히 진행되는 시점이나 45~64세에 비해 65세 이상 고령층은 경제적 요인에 영향을 받고 있음을 알 수 있다. 고령층의 경우 노후준비 부족과 은퇴로 인한 경제적 부담으로 인해 의료이용의 접근성이 떨어질 수 있으며, 주택과 같이 실물자산의 보유한 저소득층은 자산의 활용도가 낮아 의료이용이 적을 수 있다. 또한 고연령일수록 건강의 악화에 대해 용인하는 성향을 가졌고, 건강문제로 의료서비스를 이용하는 것에 익숙치 않으며(Deeg, Kardaun & Fozard, 1996, 이미진, 2009에서 재인용) 의료서비스 이용에 대한 정보가 부족할 수 있으므로 의료서비스를 적게 이용할 가능성도 있다. 따라서 65세 이후 고령자의 경우 빈곤층에 대한 정확한 소득과 자산조사를 바탕으로 의료접근성에 제한이 있는 대상을 상대로 의료급여 및 의료보장정책이 필요하다.

제 2 절 연구 자료와 방법에 대한 고찰

본 연구의 제한점은 다음과 같다

첫째, 빈곤선에 대한 객관적이고 보편타당한 기준을 설정하는데 한계가 있다. 빈곤의 기준은 시대와 환경에 따라 변하며, 최근 들어서는 빈곤개념이 확대되어 사회·문화적 요인들까지 포괄하고 있으므로 객관화된 기준을 도출하는데 많은 어려움이 있다. 자산빈곤 개념은 우리나라에서 2000년 이후 논의되기 시작하여 연구가 활발히 이루어지고 있으며, 2011년 빈곤통계연보에는 자산빈곤에 대한 시산작업을 통해 자산빈곤 개념에 대해 다각도로 분석하였다. 하지만 자료와 연구자에 따라 그 기준 상이할 수 있으며, 이에 따라 연구의 상대적인 차이가 발생할 수 있다.

둘째, 의료이용의 불평등을 분석하고자 외래와 입원에 대해 분석하였으나 입원이용과 관련된 의료기관의 특성, 만성질환의 종류 또는 개수, 질환의 중증도를 반영하지 못하였다. 의료기관의 특성과 위치, 진료에 따라 의료이용은 충분히 달라질 소지가 있으나 이는 향후 보완이 필요할 것으로 사료된다.

셋째, 단면연구로써 소득의 변화와 자산의 변화 따른 연관성을 설명하는데 한계가 있다. 소득과 자산은 유동적인 경우가 많으나 본 연구에서는 연도별 추이 등과 같은 변화를 반영하지 못하였다.

그럼에도 본 연구가 의미 있는 이유는 기존의 소득 중심의 빈곤연구에서 나아가 자산빈곤층까지 대상자를 확대하여 중고령자의 의료이용을 분석한 것에 있다. 또한 대상자의 연령을 중년층과 고령층으로 세분화함으로써 중고령자 빈곤층의 의료이용에 대한 정책을 수립하는데 근거자료로 사용될 수 있을 것이다.

제 6 장 결 론

본 연구의 의의는 전국규모의 자료를 이용하여 소득과 자산을 중심으로 빈곤층의 대상을 구분하고, 중년층과 고령층의 의료이용과의 관계에 대해 실증적 분석을 실시한 것에 있다.

연구결과를 종합하면 첫째, 45세 이상을 대상으로 한 중고령자의 일반적인 특성에서 저소득 자산빈곤층은 다른 대상에 비해 빈곤에 노출될 가능성이 많으며, 열악한 사회·경제적 상태에 있었다. 다른 대상자들에 비해 주관적 건강상태가 좋지 않으며, 외래 및 입원 의료이용 빈도 역시 가장 높았다.

둘째, 소득과 자산을 제외한 변수를 통제한 후 의료이용에 대해 분석한 결과 외래이용 여부에는 주관적 건강상태 또는 만성질환과 같은 의료욕구에 의해 의료이용이 이루어졌다. 입원의 경우 저소득층과 저소득 자산빈곤층은 유의한 영향을 받았는데 소득과 자산이 부족한 중고령자는 경제적 요인으로 인해 의료이용이 제한됨을 알 수 있다.

셋째, 중고령자를 45~64세와 65세 이상으로 중령층과 고령층으로 구분하여 분석한 결과 입원경험 여부에 대해 65세 이상 고령자의 경우 일반층에 비해 저소득층과 저소득 자산빈곤층은 유의하게 낮았고, 입원일수는 저소득층이 일반층에 비해 감소하였다. 고령자의 경우 노후준비 부족과 은퇴로 인한 경제적 부담으로 인해 의료이용의 접근성이 떨어질 수 있으며, 주택과 같이 실물자산의 보유한 저소득층은 자산의 활용도가 낮아 의료 이용 접근성이 제한적일 수 있다.

의료이용에 있어서 일반층에 비해 빈곤층은 의료이용 접근이 제한적이며, 의료자원배분의 불평등에 노출될 가능성이 크다. 따라서 중고령자 취약계층이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 저소득층을 기반으로 소득위주의 사회보장제도 확대와 함께 가구소득 이외의 자산의 보유수준 및 유동성을 고려하여 자산빈곤층을 지원하는 정책이 필요하다.

본 연구는 저소득빈곤층과 자산빈곤층을 대상으로 한 의료정책을 위한 근

거자료로 활용할 수 있을 것이며, 빈곤층에 대한 의료이용정책 수립 시 소득과 자산을 동시에 고려되어야 함을 시사한다.

참 고 문 헌

- 강성민, 유태균. 자산빈곤이행 가능성에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국사회복지연구회. 2009
- 강성민 등. 자산빈곤이행 가능성에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 사회복지연구 2009.;40(1):115-138
- 구인회. 한국의 빈곤, 왜 감소하지 않는가? - 1990년대 이후 빈곤 추이의 분석. 2000
- 구인회, 손병돈. 노후소득보장의 사각지대. 한국노년학 2005;25(4):35-52
- 김교성, 김성욱 등. 빈곤의 측정과 규모에 관한 연구. 한국사회 복지조사연구 2008;19:297~320
- 김동진. 노인의료이용의 형평성. 보건·복지 Issue&Focus. 2010;62:1-8
- 김수현, 이현주, 손병돈. 한국의 가난. 한울아카데미. 2009
- 김영란. 한국의 신빈곤 현상과 탈빈곤정책에 관한 연구. 한국사회복지학. 2005
- 김윤민. 자산빈곤의 규모와 특성연구. 중앙대학교 사회복지학 석사학위논문 2010
- 김진구. 노인의 의료이용과 영향요인. 노인복지연구. 2008;39:273-302
- 김진구. 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향”. 노인복지연구. 2011;51:35-56
- 김창엽 등. 빈곤과 건강. 한울 아카데미. 2003
- 김창엽 등. 건강형평성 측정방법론. 한울 아카데미. 2007
- 김태일, 최윤영, 이경희. 소득계층에 따른 의료이용 격차 분석. 사회복지연구 2008;24(3): 53-75
- 남상호. 우리나라 가구의 자산분포 현황과 시사점. 경제학회 공동학술대회. 2007
- 남상호, 권순현. 우리나라 중·고령자 가구의 자산분포현황 과 빈곤 분석. 보건사회연구 2008;28(2): 3-32
- 반정호. 중고령자 가구의 자산불평등 분석. 노동리뷰 2008;40(4):4-22

- 배성우, 손지아, 박순미. 빈곤노인가구의 특성과 빈곤탈피에 영향을 미치는
요인. 노인복지연구 2008;42:291-317
- 석상훈. 중고령자 세대의 자산격차 : 추이와 관련요인 분석을 중심으로.
2010
- 신현구, 부가청, 이해정. 중고령자 노동시장 경험과 빈곤. 한국사회보장학회
학술대회, 2010
- 신호성, 김동진. 건강수준 및 의료이용의 형평성. 국민건강영양조사 제 3기
조사결과 심층분석연구 : 건강면접 및 보건의식 부문:405-438
- 심명. 노인의 의료비 지출:충북 거주 노인을 중심으로. 한국가정관리학회지
2010;15(4):1-13
- 유근춘, 김나연. 건강관련 행위와 의료이용 및 의료비의 상관관계 분석.
보건사회연구원. 2007
- 이미진. 노인의 의료서비스에 대한 중단적 연구. 경제학회 공동학술 대회.
2007
- 이상은, 이은혜, 정찬미. 한국에서 자산빈곤의 변화추이와 요인분해. 보건
사회연구 2011;31(3)
- 이승미. 한국노인의 사회계층별 건강상태와 사회적 지원의 영향에 대한
연구. 한국노년학회 2002;22(3):135-157
- 이태진 등. 자산형성지원 프로그램 시행방안. 보건사회연구원. 보건복지부.
2005
- 이태화, 고일선, 이경자, 강경화. 빈곤층 노인의 건강실태, 건강인식 및 건
강증진행위 실천간의 관계. 대한간호학회지 2005;35(2):252-261.
- 이혜제, 이태진, 전보영 등. 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는
요인. 보건경제와 정책연구 2009;15(1):79-106
- 임미영, 유호신. 전국 저소득층 노인의 보건의료이용과 영향요인 분석.
지역사회간호 학회지 2001;12(3)
- 임병인. 자산빈곤. 2011년 빈곤통계연보. 2011:171-190
- 정원오. 박탈과 주관적 빈곤의 유용성 검토. 제1회 한국 복지패널 학술대회
논문집. 2008
- 최선임. 저소득층의 의료이용. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문. 2010

- 최옥금. 노인빈곤에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. 한국사회복지학
2007;59(1):5-25
- 최우성. 상위 20% 금융자산 하위 20% 7배넘어. 한겨레. 2007
- 최현수. 우리나라 노인빈곤 동향 및 빈곤구성에 대한 연구. 한국노년학
2003;23(3):143-160
- 한국은행. 금융안전보고서. 2012
- 홍백의. 우리나라 노인빈곤의 원인에 관한 연구. 한국사회복지학
2005;57(4):275-290
- Anderson, R., Newman, J. Societal and Individual determinants of
medical care utilization in the United States. Health and Society
1973;51(1):95-124
- Andrea Brandolini , Silvia Magri , Timothy M. Smeeding. Asset -
based measurement of poverty. Journal of Policy Analysis. 2010
- Caner, N.A. & Edward N.W. Asset poverty in the United States
1884-1999: evidence from The panel study of income dynamics.
Review of income and wealth. 2004;50(4):493-518
- Grundy E & Holt. The Socioeconomic status of older adults : how
should we measure it in studies of health inequalities? J
Epidemiol community health. 2001;55:895-904
- Haveman and Wolff. Who Are the Asset Poor? Levels, Trends, and
Composition 1983-1998. Institute for Research on Poverty,
Discussion Paper no. 1227-01. 2001
- Haveman, R., & Wolff, E. N. The concept and measurement of asset
poverty: Levels, trends and composition for the U.S. 1983 - 2001,
Journal of Economic Inequality. 2004;2:145 - 169
- Jin Huang. Asset poverty in Urban China : A study using the 2002
Chinese Household income project. Center for Social Development
Working Papers. 2011:11-35

- Oliver and Shapiro. Wealth of a nation: A reassessment of asset inequality in America shows at least one third of households are asset-poor. *The American Journal of Economics and Sociology*. 1990;49(2)129-151
- Rank and Hirschl. Estimating the Life Course Dynamics of Asset Poverty. Center for Social Development Working. 2010:10-25
- Sherraden. Assets and the poor: A new American welfare policy. Armonk, NY: M. E. Sharpe. 1991
- Townsend, P. The Meaning of Poverty. *British Journal of Sociology*. 1962

Abstract

**The study of factors affecting health care
utilization of middle aged and elderly
: a comparison between income and asset**

Hwang, Jung Woo

Dept. of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Directed by Kwon, Soonman

The purpose of this study is to examine factors to be influential in health care utilization of the middle aged and elderly who are over 45 years old. The device used for the study was the fourth welfare panel of 2009. Economic indicators which are an income level and an assets level categorized objects of the study into 'the non income asset poor, the income poor, the asset poor and the income and asset poor.' For an analysis was applied a two part model which shows the decision procedures of the health care utilization. In the first part, as the logistic regression analysis was being used, factors which would affect the outpatient service and the inpatient service. In the second part, the frequency of health care utilization was measured which was a continuous variable. Through the OLS regression analysis, factors to influence the frequency of outpatient service and the period of the

inpatient service were analyzed.

According to the research results, the poor appeared to have a higher ratio of women than the non income and asset poor. Also, there found a high percentage of the unemployed, not economically active population, single-person household, spouseless population and population without civil insurance. The poor was generally reported that they are from low educational background and suffer from health disorders which are mainly chronic diseases. For the health care utilization, the poor turned out to be the most frequent users, which indicates how bad the health condition of the poor. In particular, since the income and asset poor live in inadequate socioeconomic surroundings which are rather exposed to the poverty, the general health condition of the concerned class is not hopeful with the highest frequency of the outpatient service and the inpatient service.

Second, the analysis results on the outpatient service of the middle aged and the elderly said that the outpatient service is performed through medical care needs such as the subjective health care and the chronic disease care. After the analysis on the inpatient service and the period of the inpatient service was conducted, it was discovered that the odds between the income poor and the asset poor have been significantly reduced. As the middle aged and elderly have to focus on the income reduction and the assets use, the result is signifying that this age group would suffer from an economic burden when it comes to using the inpatient service if they do not save enough income and assets.

Third, the results from the comparison of the middle aged between age 45 and age 64 and the elderly over age 65 said that for the elderly over the age 65 of the income poor and the income and asset poor, the

inpatient service turned out to be significantly lower than that of the non income and asset poor. For the period of the inpatient service, the income poor presented a relatively shorter period than the non income and asset poor. The elderly is considered to use the health care utilization less because of the economic burden caused by a lack of senior life plan and retirement. In addition, the income poor would feel limited to access the health care utilization for a low frequency of the assets use.

In consideration of the research results, it was figured out that some middle aged with unstable income are vulnerable to the assets sufficiency. In order to work on the poverty problems, it is necessary to think about the assets which would be better at explaining financial stability of an individual or a household. Add to this, regarding the health care utilization, not only the social security system expansion focusing on the income of the income poor should be realized but also a support system for the asset poor should be established considering the assets retention level and liquidity. This way, the economically poor classes would be able to access a proper health care utilization which they have not used due to the inequality of the medical resources distribution.

This study expects to be used as an evidentiary material for a medical policy of the income poor and the asset poor, indicating that the medical policy establishing for the poor should be accompanied by the consideration of their income and the assets.

-
- Key words : middle aged and elderly, poor, income poor, asset poor, outpatient service, inpatient service
 - Student number : 2008-23357